Santé MAG

Publication mensuelle spécialisée / Editée par Media Pub Santé N° 36 Janvier 2015

Mme Fella SELMANI: L'épilepsie, Une maladie pas comme les autres

Dr. Belkacem Ali Ouramdane

Dermocorticoïdes

Les infections cutanées sont des agressions de la peau

Dr Heykel MEBAREK:
Intérêt de l'hydrodissection, dans la chirurgie des cholecystites aigues lithiasiques

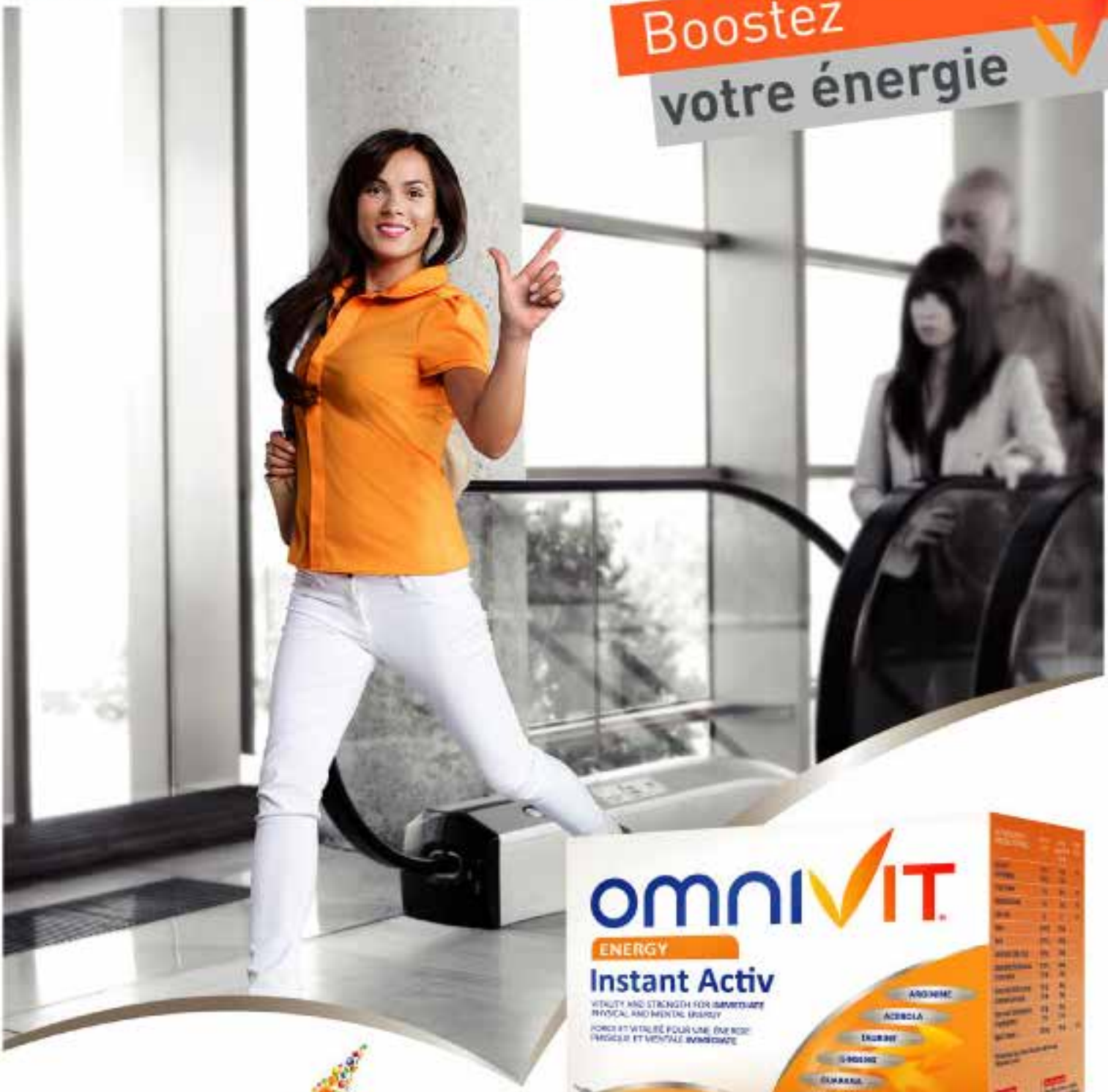
Pr Louiza CHACHOUA:
La banque de la cornée, dans notre pays, est une nécessité impérieuse

Pr Smaïl BENKAIDALI:
La fréquence des infections cutanées est due, entre autres, au manque d'hygiène

omnivit

le partenaire de vos victoires quotidiennes !

Boostez votre énergie



Permet de retrouver force et vitalité pour une énergie physique et mentale immédiate !

la force de la nature
la sécurité de la science

Important : Complément alimentaire, ne peut être substitué à un régime alimentaire varié et équilibré
Consultez les mises en garde et précautions d'emploi sur les étiquettes produits

RÉSERVÉ À L'ADULTE
Demandez conseil à votre médecin ou pharmacien

SANOFI

ISSN 2253-0061 Dépôt légal 188-2012

Janvier 2015 N° 36

Santé-Mag: Magazine mensuel de la santé
Edité par ***Media Pub Santé***
Adresse: Cité des 36 logts, les Bananiers, Blida.
Tél./Fax: +213 (0) 25 35 01 37
Mob.: +213 (0) 550 95 46 53 / +213 (0) 661 49 57 23
Site web: www.santemag-dz.com
Email: sante_mag@yahoo.fr

Directeur de la publication:
ACHOURI Abdelkader

Directeur de la rédaction:
ACHOURI Mohamed
Email: achourimo@gmail.com

Coordinatrice de la rédaction:
FORTAS Nadjia

Directrice technique:
ABDELATIF Rabea

Comité de rédaction:
AIT Tanina
MAYA Harcha
ZAHAF Loubna
NAHLIL Djaouida
SOLTANE Hania
BADREDINE Sawsen
RAMZY Chahra
HAMDI Rania

Conception: BRIKH Kamel

Correction: GHARNAOUT Amar

Comité scientifique:

Pr Salim NAFTI
Pr Mohamed AREZKI
Pr Karima ACHOUR-AMEUR
Pr Kamel SANHADJI
Pr Mustapha SADIBELOUIZ
Pr Belkacem CHAFI
Pr Adda BOUNEDJAR
PrLouiza CHACHOUA
Pr Smaïl BENKAIDALI

SOMMAIRE

Actualité

2 Un sommet mondial, en février, aux USA, pour révolutionner la transplantation d'organes
3 **Orthodontie:** en 2015, prenez soin de vos bagues
3 Installation du Conseil national de l'éthique des sciences de la santé
4 Reprise des greffes de la cornée, après une interruption de deux ans
5 **Pr Louiza Chachoua:** La banque de la cornée, dans notre pays, est une nécessité...
7 **Tuberculose:** Près de 9 millions de cas, par an
7 Développement des relations bilatérales, entre l'Algérie et les Etats-Unis d'Amérique...
8 La Fédération Française des Diabétiques ment-elle aux malades ?
9 **Trousse à pharmacie:** les indispensables de l'été
10 **La fièvre typhoïde:** Une maladie, toujours, présente
11 **DMLA:** Un dépistage essentiel
14 **Mme Fella Selmani:** L'épilepsie, Une maladie pas comme les autres
16 **Pr Smaïl Benkaidali:** La fréquence des infections cutanées ...
18 **Cancer du col de l'utérus:** la prévention à la mode danoise

Évènement

21 **Dr. Belkacem Ali Ouramdane:** Dermocorticoïdes
25 La campagne de vaccination, contre la grippe saisonnière, se poursuit...
26 **La greffe utérine:** comment faire ?
27 **Lutte anti-cancer:** Dotation, prochaine, du CHU Oran de deux accélérateurs ...
27 **Cancer:** Vers un meilleur suivi des traitements
28 **Maladie d'Alzheimer:** Accompagner aussi... les pharmaciens
29 **Dr M. H. Mebarek:** Intérêt de l'hydrodissection, dans la chirurgie des cholecystites...
32 **Traumatismes crâniens:** leur méconnaissance peut être fatale
34 **Diabète et activité physique:** Commentaires
36 **Dr Mahmoud Boudarene:** Des structures relais de prise en charge externe...

Recherches médicales

39 Les nouveaux traitements de pointe, contre le cancer
40 **Cancer:** le pouvoir des thérapies ciblées
41 **Méningite:** efficacité, prouvée, d'un nouveau vaccin
41 **Maladie de Parkinson:** bouger, pour moins tomber
42 Pourquoi notre cerveau a-t-il besoin d'oméga 3 ?
42 **Violences sexuelles:** 93% des agressions sont conjugales
43 **Hormone de croissance:** Vers un suivi personnalisé
44 Epigénétique et cancers
47 **Rejet de greffe cutanée:** un nouveau traitement en vue
47 Cancer de la prostate le poids de l'obésité
48 **Le diabète:** maladie de l'inégalité ?

EDITORIAL

Au terme de deux années et demi de labeur, à l'issue desquelles nous avons tenté de tenir deux paris importants:

1. inscrire, dans le champ de la communication, un magazine à caractère médical, destiné à un public averti et susceptible, par ailleurs, d'intéresser une communauté scientifique exigeante, prête à l'écoute des découvertes dans son domaine, qui est celui des pratiques médicales, ou dans les avancées pharmaceutiques.

2. couvrir l'actualité, au mieux, grâce à une équipe de journalistes spécialisés, à travers ses différentes manifestations, en Algérie et dans le monde et être à jour des dernières découvertes, en matière de techniques de transplantation, de pratiques opératoires et de traitements.

Et au vu de l'audience, atteinte par Santé Mag, nous nous assignons, l'objectif de toucher un lectorat aussi nombreux et large que possible, grâce à ***une formule d'abonnement annuel*** (que vous retrouvez à partir du ***n° 23*** de notre magazine) et qui se promet de le faire parvenir, mensuellement, à tous nos abonnés, quel que soit le lieu où ils se trouvent; et ce, grâce à un système de distribution, qui est mis en œuvre à partir du mois de janvier 2014.

Nous demeurerons fidèles à notre ligne éditoriale, qui consiste à suivre les grands événements scientifiques et à être au fait des découvertes du monde médical. Nous restons, ainsi, au contact des avancées médicales et pharmaceutiques, nécessaires pour mieux soigner et mieux guérir.

Et dans tout cela, un seul baromètre: celui de nos lecteurs qui saura nous encourager, nous en sommes convaincus – c'est un gage de pérennité - à aller de l'avant, en s'inscrivant dans notre démarche de formule d'abonnement et nous permettre, par la même, de les satisfaire toujours plus et toujours mieux.

La rédaction

Un sommet mondial, en février, aux USA, pour révolutionner la transplantation d'organes

Des spécialistes et chercheurs en médecine de transplantation d'organes se réuniront, en février prochain, à Palo Alto, aux Etats-Unis, pour plancher sur de nouveaux procédés visant à révolutionner cette technique médicale, a indiqué, le médecin algérien Zaki Allal.

Lors de ce premier sommet mondial, qui se tiendra à l'initiative de l'Organ Preservation Alliance (OPA), ***"nous voulons réunir les premières conditions, pour permettre la conservation d'organes vitaux et d'autres systèmes de tissus, pour révolutionner la médecine de transplantation",*** a précisé l'expert algérien, co-fondateur de cette institution. Jusque-là, les médecins ont pu geler, ou cryoconserver les petites cellules humaines, comme les ovules ou embryons, en les inondant de solutions composées dites ***"cryoprotectrices",*** qui empêchent la formation de cristaux de glace pouvant les déchirer ou les faire rétrécir, expliquent les experts. Malheureusement, ils sont confrontés à des obstacles, majeurs, en essayant d'élargir ce processus aux tissus et les organes plus complexes, qui sont beaucoup plus vulnérables aux dommages, liés à des cristaux de glace, ajoutent-ils.

Le Dr. Zaki Allal, qui est passé par la faculté de médecine d'Oran et par Stanford GSB et active, dans ce sens, avec des chercheurs américains, a cofondé l'OPA, une start-up à but non lucratif, sise au centre de recherche de NASA Ames, au cœur de la SiliconValley et ambitionne de révolutionner le monde de la médecine et plus spécialement, le domaine de la transplantation et de la médecine régénérative. C'est, en conséquence à des expériences cliniques à Harvard Medical School et Oxford University Medical School, que l'expert algérien mène, depuis une année, avec ses collègues, des travaux permettant la cryoconservation des organes; c'est-à-dire, ***"la vitrification: rendre un tissu entier directement à un état gelé, en évitant le gel et les dommages liés à la glace". "A travers cette étape ambitieuse, on a démontré qu'on peut créer un pont entre le monde de l'innovation technologique, le monde scientifique et le monde de l'entrepreneuriat, afin de permettre des percées cruciales, lors de ce premier sommet mondial, regroupant scientifiques, capitaux-risqueurs, philanthropes, fondations et acteurs politiques, afin de booster l'industrie de la transplantation",*** a souligné le Dr. Zaki.

Dr. Zaki Allal

"Etre apte à stocker des organes, pour une longue période et les ramener à la vie, de manière réversible, va être la solution à une longue liste de maladies chroniques, qui affectent, actuellement, la population globale", a-t-il dit, expliquant que ***"nous serons en mesure de prendre des organes récoltés, ou cultivés et de les stocker dans des banques, pour une durée indéterminée, afin d'avoir plus d'offre que de demande". "Imaginez qu'on puisse avoir des organes disponibles, à n'importe quel moment, sur demande (soldats, forces de l'ordre, pompiers), nous éradiquerons même les marchés noirs et cela pourrait transformer la discipline de transplantation",*** a-t-il pronostiqué.

Cette technique ne se limitera pas à la discipline de transplantation mais, elle touchera d'autres disciplines, comme le traitement du cancer et la production de médicaments, a-t-il ajouté.

L'OPA travaille à catalyser les percées vers le stockage, à long terme, des organes, en s'appuyant sur les progrès en cryobiologie et les domaines liés, qui sauveront et rendront meilleure la vie de millions de personnes; permettant, aussi, des progrès dans l'ingénierie d'organes et de tissus, selon les experts ■

Orthodontie

en 2015, prenez soin de vos bagues

Une nouvelle année est, par tradition, marquée par de bonnes résolutions. Les plus communes restent la reprise du sport et d'une alimentation équilibrée. Et si cette année, elle concernait la santé dentaire, notamment pour les porteurs d'appareils orthodontiques ?

IRRÉPROCHABLE HYGIÈNE

«Pendant un traitement orthodontique, les dents sont, davantage, exposées aux caries et les gencives à l'inflammation», indiquent les spécialistes. ***«Le brossage des dents après chaque repas est, donc, essentiel et le choix de la brosse à dents, important».*** Il est, ainsi, préférable d'utiliser un modèle à la tête courte et aux poils souples. Cela facilitera le brossage. Pour atteindre les zones situées entre les dents et derrière les fils, des brossettes inter-dentaires peuvent, également, être utilisées.

NE ZAPPEZ PAS LES RENDEZ-VOUS

Bien entendu, pour un enfant ou un adolescent, la consultation orthodontique n'a rien d'une partie de plaisir. Pour autant, ***«chaque rendez-vous correspond à une étape, précise, du traitement. Il permet de vérifier son avancée et de détecter d'éventuels problèmes»*** D'ailleurs, si votre bambin rate un rendez-vous, il lui sera difficile d'en obtenir un nouveau, dans les meilleurs délais. Cela risque de prolonger la durée du traitement. ***«Aussi, il est important de se tenir, à l'heure choisie, ou d'annuler son rendez-vous, dans les meilleurs délais, par respect de la gestion du planning»,*** préviennent les experts.

RESPECTEZ LES CONSEILS

Tout traitement n'a aucun intérêt, s'il n'est pas respecté... Ainsi, est-il essentiel de suivre les recommandations, prodiguées par l'orthodontiste. Celles-ci concernent, généralement, le port des élastiques, qui doit être réalisé selon les indications du spécialiste, ou l'appareil de stabilisation qui, une fois les bagues retirées, doit être porté assidûment. Enfin, parfois, malgré les précautions, un fil peut se casser, une bague se détacher. Dans ce cas, la première chose à faire est de prévenir, rapidement, le cabinet d'orthodontie, qui jugera de la meilleure solution. En clair, à la moindre question, interrogez votre orthodontiste ■

Installation du Conseil national de l'éthique des sciences de la santé

Le Conseil national de l'éthique des sciences de la santé a été installé, à Alger, sous la présidence du ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Abdelmalek Boudiaf, a indiqué un communiqué du ministère.

Parmi les missions principales du conseil figurent l'encadrement des aspects de l'éthique, liés au développement des activités sanitaires; notamment, en matière de greffe et de transplantation d'organes, de tissus et de cellules, ainsi qu'aux expériences cliniques et à la recherche scientifique, a précisé la même source.

Le conseil national de l'éthique des sciences de la santé, créé en 1990, suite à l'amendement du code de la santé de 1985, a été gelé en 2010; puis, relancé en début de l'année en cours. Il compte des responsables du secteur de la santé et des représentants de plusieurs secteurs; notamment, des ministères des affaires religieuses et de la justice.

Le ministre de la Santé a insisté sur l'importance et le rôle du conseil, dans les domaines du développement de la greffe et de la transplantation des organes, en Algérie, ainsi que la recherche scientifique, dans le domaine de la santé. M. Boudiaf a réaffirmé la volonté des pouvoirs publics de poursuivre la dynamique insufflée dans le secteur de la santé, en vue d'améliorer les prestations prodiguées aux citoyens, conformément aux orientations du président de la République. Il a rappelé, à l'occasion, que le secteur de la Santé, qui est le secteur social par excellence, n'est pas concerné par les mesures d'austérité décidées par le gouvernement, suite à la chute des cours du pétrole, sur les marchés internationaux, insistant sur la poursuite des projets programmés, la mobilisation des fonds et des moyens nécessaires, pour la prise en charge de la santé du citoyen, la garantie des médicaments et la consolidation de la production pharmaceutique nationale ■

INFO

Un virus, contre le cancer du pancréas

UN GRAND PAS VIENT D'ÊTRE FRANCHI DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU PANCRÉAS

Un virus modifié, pour détruire spécifiquement les cellules cancéreuses, vient d'être testé, in vitro et in vivo, par une équipe INSERM. Et les résultats sont plutôt concluants.

Le cancer du pancréas apparaît comme l'un des plus meurtriers. Plus de trois quarts des patients décèdent au cours de l'année qui suit le diagnostic et à peine 2% sont, encore, en vie après 5 ans.

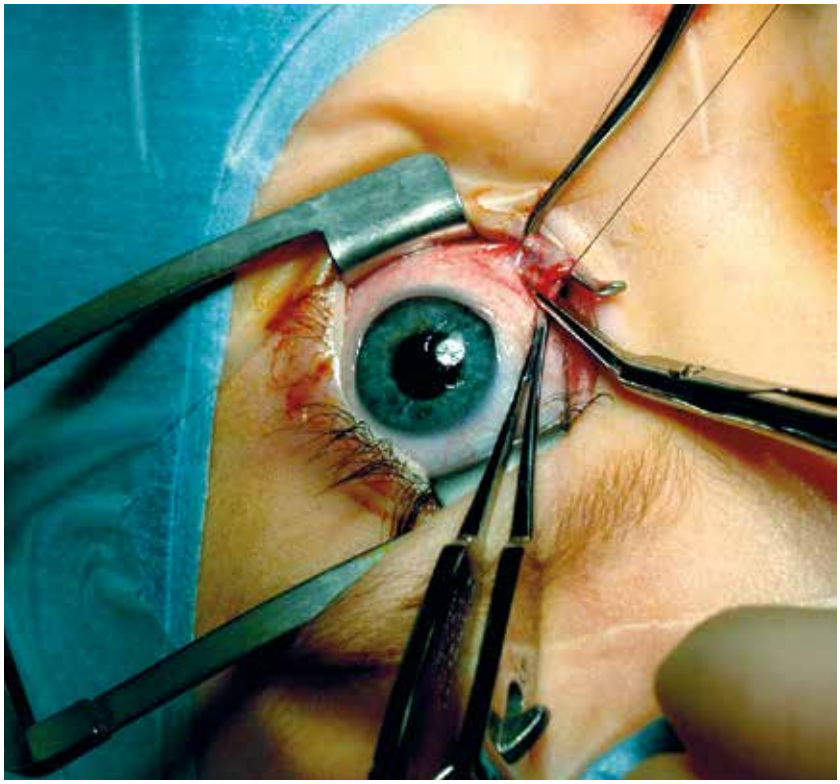
A Toulouse, une équipe INSERM étudie la faisabilité d'un traitement, reposant sur l'injection de virus oncolytique; c'est-à-dire, capable d'infecter et de détruire, spécifiquement, les cellules cancéreuses. Ils ont, ainsi, travaillé sur un virus dérivé d'Herpès simplex, rendu inoffensif vis-à-vis des cellules saines de l'organisme; mais, capable de se répliquer, spécifiquement, dans les cellules cancéreuses du pancréas et de les détruire.

«In vitro, le virus se comporte comme prévu, n'affectant pas les cellules saines du pancréas; mais, se multipliant dans les cellules cancéreuses, se propageant dans les cellules malades voisines et les éliminant», indiquent les auteurs.

«In vivo, sur des tumeurs humaines greffées à des souris, une unique injection du virus modifié, associée à une chimiothérapie, a drastiquement réduit la taille des tumeurs, sans effet indésirable dangereux pour les animaux».«Nous supposons qu'une seconde injection déclencherait une réaction immunitaire rapide, qui entraînerait la neutralisation du virus», explique Pierre Cordelier, responsable de l'étude et directeur de recherche au Centre de recherche en cancérologie de l'Oncopôle de Toulouse.

«Il s'agit d'une nouvelle ère thérapeutique, contre le cancer du pancréas. Plus rien ne s'oppose au lancement d'un essai clinique chez l'homme, si ce n'est l'organisation, la réglementation et le coût» ■

Reprise des greffes de la cornée, après une interruption de deux ans



Les greffes de la cornée, interrompues en 2012, ont repris au niveau des centres greffeurs, a-t-on constaté, au niveau de l'hôpital Nafissa Hamoud (ex-Parnet) à Alger.

La première greffe, sur les deux programmées pour la journée, a été effectuée, dans la matinée, sur un jeune homme de 26 ans, par le Pr Louisa Chachoua, chef de service d'ophtalmologie de cette structure. La seconde intervention a concerné, quant à elle, une jeune fille de 25 ans; les deux patients étant en état de cécité, a précisé, le Pr Chachoua, au sortir du bloc opératoire.

En 2012, l'importation de la cornée a été suspendue, pour des considérations techniques et commerciales, a expliqué le Pr Chachoua, rappelant que l'activité de la greffe a été relancée, après la reprise de l'importation des greffons, par l'Institut Pasteur, placée sous la tutelle du ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière. N'étant plus en capacité de répondre aux attentes des patients, en raison de cette interruption, les services greffeurs pourront, désormais, prendre en charge les demandes en attente; en priorité, les cas les plus urgents.

La liste d'attente en greffes de la cornée se situe, actuellement, entre 1.500 et 2.000 cas, par an, à l'échelle nationale; sachant que les services greffeurs sont au nombre de huit, dont la moitié à Alger, les quatre autres étant répartis sur les wilayas de Blida, Tizi-Ouzou, Annaba et Oran.

Se félicitant de la reprise de ce type d'intervention, ***"parfaitement maîtrisée"***, en Algérie, le Pr Chachoua a indiqué que l'importation des cornées ne constitue qu'une solution ***"provisoire"*** à la demande, importante, exprimée en la matière. Elle a suggéré, de ce fait, la mise en place d'une banque de données, alimentée par des dons d'organes, effectués en Algérie, exprimant son souhait de voir la nouvelle loi sur la santé ***"faciliter"*** et ***"protéger"*** l'activité de la greffe de cornée ■

Pr Louiza Chachoua, à Santé Mag,*

La banque de la cornée, dans notre pays, est une nécessité impérieuse

••• Propos recueillis par **Tanina Ait**

Le Pr Louiza Chachoua nous parle de l'impérieuse nécessité de la création d'une banque de la cornée, en Algérie, si nous voulons ne plus dépendre de l'étranger; en l'occurrence et améliorer, ainsi, la qualité de vie de la population.

Santé Mag: Où en est-on, en ce qui concerne la greffe de la cornée ?

Pr L. Chachoua: Pour connaître de cette situation, il importe de faire un rappel historique. En effet, nous devons dire que la greffe de la cornée est une activité de routine et anodine, ne nécessitant pas de plateau technique et elle se pratiquait, régulièrement, dans notre pays; par exemple, au CHU Mustapha Bacha (Alger) et ce, dès 1962. Malheureusement, en 1985, la loi a apporté un coup d'arrêt à ce type d'intervention chirurgicale, en raison du fait qu'à partir de cette date, la greffe de la cornée, comme de toute autre greffe, est soumise, dorénavant, à la volonté du donneur, de son vivant, pour que le prélèvement y afférent soit fait, sur son cadavre. Aussi, en l'absence de cette volonté, il est difficile de procéder au prélèvement, sur une personne venant de décéder, car l'autorisation de la famille du défunt est exigée; en l'occurrence et difficile à obtenir, eu égard à la tristesse, à l'émotion et au chagrin du moment, d'une part et aux pesanteurs sociologiques que connaît l'Algérie, à l'heure actuelle, d'autre part.

Au demeurant, cette pratique de prélèvement se complique; d'autant que la cornée se détériore dix heures après le décès et on ne peut donc pas perdre temps Il faut, donc, agir vite. Ce qui est encourageant, en revanche, dans la greffe de la cornée, c'est son taux de réussite, qui est de 98%, parce la cornée n'a pas de vaisseaux et par conséquent, les rejets sont très rares et les résultats sont spectaculaires. Ceci est d'autant plus important, car la cornée est un élément-clé dans la transmission de l'image vers le cerveau, via la rétine et si le la cornée est touchée, tout le système optique devient inopérant.

Comment a-t-on pallié cette difficulté, depuis 1985?

Pour pallier ces difficultés, dans un premier temps, il a été procédé au transfert des patients en France, en Angleterre puis, en Jordanie; mais, ceci grevait énormément le budget de la CNAS et les pays d'accueil devenaient réticents, compte-tenu de leurs propres besoins, en la matière.

Aussi, il a été décidé, dans un deuxième temps, d'importer des greffons des Etats Unis, par le biais de l'Institut Pasteur, qui a permis à la greffe de redémarrer, donc, en 2002, 2003 et notamment, en 2004, au niveau des hôpitaux autorisés, pour ce faire; à savoir, les CHU Mustapha Bacha, Béni-Messous, Néfissa Hamoud (ex-Parnet) à Alger, ainsi qu'à Oran,, Tizi-Ouzou, Blida, et Annaba.

L'importation des greffons a-t-elle réglé le problème ?

L'importation n'est qu'un palliatif, vu les besoins très importants (de l'ordre de 1500 greffes, par an). Aussi, donne-t-on la priorité aux sujets jeunes, souffrant d'une cécité curable, qu'il faut guérir, en urgence.

A cet effet, les kératocônes sont des affections héréditaires dégénératives, qui touchent le jeune à la puberté lequel, du jour au lendemain, ne voit plus, à partir du moment où la cornée se déforme.

Par ailleurs, lorsque la cornée se blesse, après un traumatisme, elle devient blanche, en se cicatrisant. Elle n'est plus, alors, fonctionnelle.

Enfin les infections, telle que la conjonctivite peuvent, dans certain cas, entraîner des opacités cornéennes. Toutes ces raisons font que la greffe est incontournable.

Quelle solution, pour venir à bout de cette problématique ?

La solution est de constituer une banque de la cornée et c'est, d'ailleurs, mon message; car, elle est indispensable.

Jusqu'en 2012 nous avons, quand-même, maintenu un rythme d'une centaine de greffes annuellement et ce, pour chaque service, jusqu'à ce que des dysfonctionnements de gestion apparaîssent au niveau de l'Institut Pasteur, à Alger. Ce qui a entraîné la suspension des importations de cornées, pour ne reprendre qu'en fin 2014.

Les greffes de la cornée ont donc repris, timidement, puisqu'on en est à 5 greffes, par mois et par service; ce qui est très insuffisant, au vu de la demande.

Pourquoi ce retard, dans la constitution de la banque de cornées, plus précisément ?

D'emblée, je vous dirais, dans ce domaine, ***«nous avançons à reculons»,*** puisque, je vous disais tantôt que, déjà, en 1962, cet acte chirurgical se pratiquait chez nous; ce qui n'est plus le cas depuis 30 ans, pour des raisons religieuses avancées, pour interdire le don d'organe, qui sont de fausses raisons; car, la religion ne l'interdit pas.

En fait, l'autre message qu'il y a lieu d'émettre c'est de préparer les conditions juridico-politiques, qui permettraient la

constitution d'une banque de la cornée, au niveau de notre pays; à l'instar de celles qui prévalent dans tous les pays. En effet, tous les pays disposent d'une banque de la cornée, à l'instar des pays du Maghreb, pays musulmans, tout comme la Jordanie et l'Arabie Saoudite. Par conséquent, il y a lieu de sensibiliser la population sur l'intérêt, impérieux, du don d'organe; et ce, à travers les médias, l'école, la mosquée.

Si l'on veut recevoir, encore faut-il donner; c'est un principe intangible et de l'ordre des valeurs.

En effet, un accident est vite arrivé et cela ne touche pas que les autres. Alors, on serait bien content, dans ce cas-là, d'être greffé et retrouver, ainsi, la vue et reprendre ses activités. Aussi, il est grand temps que les mentalités, en Algérie, progressent et acceptent de se mettre au diapason du reste du monde. En fait, qu'est-ce qu'un prélèvement de la cornée ? Ce n'est qu'un bout de tissu, non vascularisé de surcroît qui, lorsqu'il est prélevé, n'altère en rien l'aspect du défunt et rend un service incommensurable au bénéficiaire.

Comment, selon vous, pourrions-nous avancer, dans le domaine de la greffe d'organe, à partir d'un prélèvement sur cadavre?

Pour avancer, dans ce domaine, la nouvelle loi sanitaire doit prévoir toutes les conditions idoines. Ainsi, protéger le médecin dans l'exercice de ses fonctions, en l'occurrence, encourager le don d'organe à partir d'une mort encéphalique et non pas, uniquement, comme cela se fait actuellement; à savoir, auprès du donneur vivant apparenté. Si ces conditions sont réunies, on pourrait, alors, créer ainsi une banque de la cornée, sujet qui nous intéresse ici et ne plus dépendre des autres, avec toutes les contraintes que cela suppose.

En fait, créer une banque de la cornée c'est simple et il en est fait une montagne, d'autant que nous avons les ressources humaines: biologistes, pharmaciens et médecins de tous horizons et ma foi, les moyens matériels sont disponibles; mais, le paradoxe est que nous sommes demandeurs, alors que nous pourrions être, largement, pourvoyeurs.

Lorsqu'on pense, par ailleurs, qu'un greffon nous revient, rendu Alger, à 1.500 dollars c'est, encore, une raison de plus, pour faire le bon choix ■

Pr Louiza Chachoua,
- chef de service ophtalmologie, au CHU Néfissa Hamoud (ex-Parnet).
- Présidente de la Commission de la Santé, des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité Nationale.

INFO

Contre les bactéries résistantes
enfin un nouvel antibiotique !

AUCUN NOUVEL ANTIBIOTIQUE N'AVAIT ÉTÉ DÉCOUVERT DEPUIS 30 ANS

Teixobactine: c'est ainsi qu'a été baptisé le nouvel antibiotique, découvert par une équipe américaine. Cette trouvaille, publiée dans la revue Nature, est une très bonne nouvelle, pour faire face aux résistances bactériennes, de plus en plus nombreuses.

Ce nouvel antibiotique s'est montré efficace, chez la souris, pour traiter certaines souches bactériennes résistantes. Parmi elles, le staphylocoque doré, résistant à la méthicilline et entérocoque résistant à la vancomycine.

Les rongeurs, utilisés comme modèles, présentaient trois types d'infections: une septicémie, une infection cutanée et une infection pulmonaire. Dans les trois cas, les performances de la teixobactine se sont montrées bonnes. ***«Le développement des résistances bactériennes montre un besoin, important et immédiat, de nouveaux antibiotiques»,*** souligne Kim Lewis, principal auteur de l'étude et chercheur de l'Université Northeastern à Boston (Etats-Unis). ***«La double action de la teixobactine sur la bactérie devrait empêcher le développement des résistances à cette molécule».***

Depuis plusieurs années, les résistances aux antibiotiques se développent; à travers le monde. A tel point que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a annoncé, en avril dernier, que ce phénomène constituait, ***«désormais, une grave menace pour la santé publique».*** La découverte d'un nouvel antibiotique – événement rare – n'en est que plus important ■

INFO

Les Maladies non transmissibles (MNT) sont à l'origine de 16 millions de décès, chaque année

Les Maladies non transmissibles (MNT) sont à l'origine de 16 millions de décès chaque année, selon un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui souligne l'urgence de mieux agir, pour leur prévention.

"Les gouvernements doivent agir, afin d'éviter que, chaque année, 16 millions de personnes ne décèdent, avant l'âge de 70 ans, de maladies cardiaques ou pulmonaires, d'un accident vasculaire, d'un cancer, ou du diabète", recommande l'OMS. Présentant le rapport sur "la situation mondiale des MNT", la directrice générale de l'organisation, Margaret Chan, a estimé que la communauté internationale ***"a la possibilité de pouvoir changer le cours de ces maladies". "En investissant à peine 1 à 3 dollars, par personne et par an, les pays peuvent réduire, considérablement, la charge de morbidité et de mortalité, due aux MNT",*** a-t-elle fait valoir.

L'OMS incite ses pays membres à se fixer, en 2015, des objectifs en matière de prévention et à "appliquer des mesures d'un bon rapport coût-efficacité; faute de quoi, des millions de personnes continueront à mourir prématurément (avant l'âge de 70 ans)" ■

Tuberculose

Près de 9 millions de cas, par an

Un patient, atteint de tuberculose, dans un hôpital somalien.

Mauvaise nouvelle, sur le front de la lutte contre la tuberculose. Selon le rapport de l'OMS, rendu public, il y aurait, en réalité, 500 000 cas supplémentaires, par rapport aux dernières estimations. En 2013, dans le monde, 9 millions de personnes ont développé la maladie.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de décès, lié à la tuberculose, recule dans de nombreux pays. Au total, en 2013, ce dernier a été estimé à 1,5 million. Soit, une baisse de plus de 45%, par rapport à 1990. Depuis 2000, près de 37 millions de vies auraient, ainsi, été sauvées, grâce au diagnostic rapide de la tuberculose et à la mise en place de traitements précoces.

Toutefois, la tuberculose reste la deuxième maladie infectieuse la plus meurtrière, après le VIH/SIDA. Et chaque année, plus de 3 millions de patients échappent, totalement, au système de soins. Pour l'OMS, ***«la maladie reste un problème de santé globale majeur».*** Notamment, à cause de la progression, constante, de la multi-résistance. Cette dernière ne cesse de prendre de l'ampleur. Près de 480 000 cas de tuberculose dite multi-résistante ont, ainsi, été enregistrés en 2013. Rappelons que dans cette forme de l'infection, le bacille de Koch résiste à au moins deux antibiotiques de référence.

ASIE ET AFRIQUE EN TÊTE

Cependant depuis 2009, grâce à de nouveaux tests plus rapides, le nombre de cas de tuberculose multi-résistante diagnostiqués a triplé. En 2013, près de 136 000 cas ont été détectés et 97 000 patients ont été traités. Mais, en réalité, seuls 48% des malades ont été guéris.

Si la tuberculose est présente partout dans le monde, le plus grand nombre de nouveaux cas a été enregistré en Asie, qui totalise près de 60% des nouvelles infections, à l'échelle mondiale. Toutefois, l'Afrique subsaharienne compte la plus grande proportion de nouveaux cas, par habitant, avec plus de 255 cas pour 100 000 habitants, pour l'année 2012 ■

Développement des relations bilatérales, entre l'Algérie et les Etats-Unis d'Amérique, dans le domaine de la santé

Le développement des relations bilatérales, entre l'Algérie et les Etats-Unis d'Amérique, dans le domaine de la santé, a été évoqué, à Alger, par le ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Abdelmalek Boudiaf, lors de l'audience, accordée à l'ambassadrice américaine en Algérie, Joan A. Polaschik, indique un communiqué du ministère.

les deux parties ont convenu d'œuvrer, à mieux, faire connaître les opportunités qu'offre le marché algérien au regard, notamment, du programme de développement et de modernisation du secteur de la santé, pour lequel l'ambassadrice a montré un ***"vif intérêt".*** M. Boudiaf a insisté sur la "volonté" de l'Algérie de voir s'installer, de manière "plus soutenue", le partenariat entre les deux pays; notamment, dans le domaine de la santé, où de réelles opportunités existent, comme en témoignent, a-t-il précisé, les accords conclus avec Varian et Général Electric Healthcare, ainsi que le mémorandum, signé en juin dernier, avec l'association Pharma, pour le développement et d'un pôle de biotechnologie, en Algérie.

De son côté, Mme Polaschik a exprimé le "souhait" des autorités et des entreprises de son pays de développer, davantage, la coopération bilatérale, dans tous les domaines; notamment, a-t-elle dit, ceux liés à l'ingénierie hospitalière, l'industrie pharmaceutique et la formation ■

La Fédération Française des Diabétiques ment-elle aux malades ?

Le journaliste scientifique Jérémy Anso a publié, le 5 juin 2014, sur son blog d'information «Dur à Avaler», un article incendiaire, pour «régler ses comptes» avec la Fédération Française des Diabétiques (FFD). Il accuse cette association, supposée protéger les malades du diabète, de publier: des «recommandations dangereuses» allant, «exactement, dans le sens opposé d'une rémission d'un diabète, par l'alimentation».

Je conseille à toutes les personnes concernées de lire cet article en entier, car ce qu'il dénonce est exact: de manière très étonnante, choquante même, la documentation, produite par la Fédération Française des Diabétiques (FFD), pour les malades, tourne rapidement le dos aux méthodes efficaces et scientifiquement prouvées, pour placer sous de beaux projecteurs les médicaments antidiabétiques, peu recommandables.

Évitez les médicaments contre le diabète. Les médicaments contre le diabète de type 2, c'est comme le pipi au lit. Sur le coup, ça fait du bien... mais, très rapidement, vous réalisez que vous auriez mieux fait de vous abstenir. Il existe de nombreux médicaments qui paraissent efficaces: vous continuez à manger et à vivre comme avant et, en gobant de simples pilules, votre taux de sucre redevient normal! Un miracle... Malheureusement, ces médicaments perturbent votre métabolisme, vous font grossir, aggravent vos déséquilibres. Vous êtes de plus en plus malade. Rappelons que les personnes atteintes du diabète de type 2 ont trop de sucre, dans le sang. Ce problème provient d'une alimentation trop riche en sucres (glucides), du manque d'activité physique et plus rarement, d'une prédisposition génétique. Or, il est dangereux d'avoir trop de sucre dans le sang: cela abîme les nerfs, les vaisseaux sanguins; ce qui peut détruire les yeux, provoquer des gangrènes nécessitant des amputations et augmente, fortement, le risque d'accident cardiaque.

Normalement, pour éviter d'avoir trop de sucre dans le sang, le pancréas fabrique de l'insuline, une hormone qui force les cellules à absorber le sucre du sang, ce qui fait baisser le taux de sucre. Mais, plus vous fabriquez d'insuline, plus les cellules s'habituent. Elles deviennent **"résistantes à l'insuline".** Votre pancréas fabrique, donc, de plus en plus d'insuline et s'épuise. À ce stade, le diabétique de type 2 est obligé de s'injecter de l'insuline, pour survivre et de plus en plus, ce qui le fait encore grossir et augmente les risques de complication du diabète. C'est, donc, une évolution de la maladie qu'il faut éviter à tout prix. Or, il existe un régime, qui permet de lutter contre le diabète de type 2. Une grande étude de 2011 a montré *«le rôle protecteur de l'alimentation méditerranéenne sur de nombreux facteurs de risques du diabète, comme le tour de taille, l'hypertension artérielle et sur le diabète lui-même».* Il s'agit d'une alimentation à base de céréales complètes, beaucoup de légumes, surtout légumes à feuilles, des fruits, du poisson, de l'huile d'olive, peu de viande, peu de produits laitiers. Par contre, le fromage de chèvre, ou de brebis, frais sont consommés, ainsi qu'un ou deux verres de vin rouge par jour. Sinon, de l'eau et pas de produits sucrés. D'autre part, des études ont montré *«le rôle extrêmement positif d'un jeûne intermittent sur le métabolisme des hommes, et notamment pour le cas du diabète de type 2»* et *«un rétablissement des fonctions endocrines des cellules bêtas du pancréas (la sécrétion d'insuline) lors d'une restriction calorique».* Il existe, même, un régime expérimental, il est vrai très restrictif, qui a permis à tous ceux qui l'avaient suivi de faire disparaître les symptômes du diabète durablement. Mais, la Fédération Française des Diabétiques ne parle d'aucune de ces études. Au contraire: elle passe la solution du jeûne intermittent totalement sous silence. Pire, elle ose affirmer que les diabétiques de type 2 ne doivent suivre aucun régime particulier!! Pas de régime particulier pour les diabétiques de type 2 ?? Vous avez bien lu: la Fédération Française des Diabétiques ne conseille aucun régime alimentaire particulier, pour les diabétiques de type 2; alors que même que l'alimentation fait partie des causes directes de la maladie, elle leur recommande, au contraire, en toutes lettres, de suivre le même régime que celui conseillé à la population générale, par les autorités: à savoir des féculents à chaque repas et trois à quatre produits laitiers par jour. Ce régime consiste, pourtant, à absorber 50 à 55 % des apports caloriques sous forme de glucides (sucres), une catastrophe pour la glycémie.

Jérémy Anso

Concernant les produits laitiers, Jérémy Anso rappelle que: *«le lait est une bombe à insuline, car il possède un index insulinémique élevé».* Manger 4 portions de produits laitiers, *«c'est 4 à 48 g de sucres (8 à 10 carrés de sucre) avec le même impact sur votre glycémie que du pain blanc! Bref, une catastrophe pour le pancréas, le foie et bien d'autres».*

Comment la FFD peut-elle se permettre de donner de tels conseils aux malades?? Financée par les sociétés pharmaceutiques et... Coca-Cola!

La FFD reçoit des fonds, importants, des sociétés pharmaceutiques: 857 000 euros, en 2012. Par ailleurs, elle a reçu, en 2012, la somme de 300 000 dollars de la Fondation Coca-Cola, qui sponsorise sa brochure destinée aux diabétiques! En ce qui me concerne, j'ai une vraie réticence à penser que la FFD est dans le mensonge, vis-à-vis de ses malades, uniquement dans le but de plaire à ses sponsors. Concernant les fonds versés par Coca-Cola, on peut imaginer que ce don vienne d'une entreprise qui se dit: *«La boisson que je vends est bourrée de sucre et très mauvaise pour la santé. Consommée, dans le cadre d'un régime déjà trop riche en sucre, elle contribue à donner le diabète de type 2. Je vais, donc, financer les associations qui promeuvent un régime et un mode de vie sain, anti-diabète, de façon à limiter le nombre de personnes qui tombent malades, devront arrêter de consommer ma boisson et pourraient même m'accuser d'être, partiellement, responsable de ma maladie» ?* De plus, Coca-Cola a axé ses efforts marketing, ces dernières années, sur la promotion de son **«Coke Zéro»**, sans sucre ni caféine. Sans être idéale et de très loin, cette boisson est, tout de même, a priori, bien moins nocive pour les diabétiques que le Coca-Cola traditionnel.

Toutefois, Jérémy Anso a raison de faire remarquer que nulle part, dans la plaquette de la FFD, il n'est écrit clairement qu'une personne diabétique doit, absolument, arrêter de boire des sodas et c'est très dérangeant, en effet.

Concernant les fabricants de médicament, c'est plus douteux... En effet, il est clair qu'ils n'ont absolument pas intérêt à ce que les patients s'aperçoivent qu'on peut, souvent, guérir du diabète de type 2 grâce à des changements de mode de vie et ainsi, se passer de tout médicament. Il me semblerait, donc, sain que les associations de malades, qui veulent rester crédibles, ne reçoivent pas de financement de ces sociétés.

Dans le cas de la FFD, je pense que Jérémy Anso a raison de penser que le peu d'insistance mis sur l'efficacité du régime méditerranéen et du jeûne intermittent s'explique par **«d'amicales pressions»** de la part des sponsors, qui préfèrent que l'on raconte aux malades que le diabète de type 2, c'est pour la vie. C'est un vrai problème et je pense que les diabétiques de type 2 doivent en être informés. Jérémy a rendu un grand service, en leur permettant de savoir à quoi s'en tenir, la prochaine fois qu'ils reçoivent de la documentation de la FFD ■

Trousse à pharmacie
les indispensables de l'été

Gardez vos médicaments en cabine si vous voyagez en avion. En avion, gardez bien vos médicaments en cabine si vous souffrez d'une maladie chronique. Comme un Français sur deux, vous avez prévu de glisser une trousse à pharmacie dans vos bagages ? Vous avez bien raison ! Voici la liste des dispositifs et des médicaments à emporter pour partir en vacances en toute sérénité.

Prenez du paracétamol, un anti-diarrhéique et un anti-vomitif. Prévoyez un traitement, si vous êtes sujet au mal des transports. Emportez, également, un thermomètre, des petits ciseaux et une pince à épiler, bien pratique pour enlever des aiguilles d'oursin, par exemple. N'oubliez pas quelques pansements, des compresses stériles, des dosettes d'antiseptique non coloré et de sérum physiologique. Prévoyez une protection solaire et des répulsifs contre les moustiques, ainsi qu'une crème apaisante contre les irritations et les coups de soleil et une autre pour soulager les petites bosses. Si vous partez avec un enfant, ajoutez des solutés de réhydratation orale.

EN CAS DE PATHOLOGIE CHRONIQUE

Si vous prenez un traitement type anti-inflammatoires, antihypertenseurs, morphine, laissez-les dans leur emballage d'origine. Et emmenez les photocopies de vos ordonnances, pour ne pas avoir de souci à la douane. Faites préciser les DCI de vos médicaments par votre pharmacien: cette dénomination commune internationale, instaurée par l'Organisation mondiale de la Santé, permet de trouver plus facilement des spécialités pharmaceutiques, à l'étranger. Attention, gardez vos médicaments en cabine, afin de ne pas être démuni, en cas de perte des valises.

SI VOUS PARTEZ SOUS LES TROPIQUES

Certaines destinations nécessitent des précautions particulières. Un rendez-vous médical peut être nécessaire, pour faire le point sur les vaccinations, les traitements spécifiques à prendre sur place, les précautions à adopter... Pour en savoir plus, allez sur www.medecinedesvoyages.net.

Notez, enfin, qu'il est inutile de vous encombrer avec une pompe aspirante type Aspivenin®. Ces systèmes n'ont pas fait la preuve de leur efficacité ■

La fièvre typhoïde

Une maladie, toujours, présente

Endémique en Afrique, en Asie et en Amérique du sud, la fièvre typhoïde survient dans les zones où l'hygiène est précaire. Elle infecte des millions de personnes dans le monde, chaque année et environ, 200 000 d'entre-elles en meurent. Dans les régions les plus touchées, le pic d'incidence survient chez les enfants et les adolescents, âgés de 4 à 19ans. Sans traitement, 10 % à 16 % des personnes infectées mourront de la typhoïde. Cette proportion descend à 1 %, lorsque les personnes sont traitées rapidement.

Par **Sara Mohammedi**

Qu'est-ce que la fièvre typhoïde et comment peut-on l'attraper?

C'est une maladie infectieuse, causée par une bactérie de la famille Entérobactérie, du genre des Salmonelles: Salmonella typhi ou, rarement, paratyphi.
La typhoïde est une maladie contagieuse, qui se transmet soit par ingestion d'eau, ou d'aliments souillés par les matières fécales de sujets infectés, ou par contact direct avec des selles infectées, ou des objets souillés. Le réservoir de germes est strictement humain. Les sujets infectés malades vont éliminer les germes en grande quantité dans leurs selles; accessoirement, dans leurs vomissements et dans leurs urines. Il y a, aussi, des porteurs chroniques, apparemment sains; mais, qui hébergent les germes pendant des mois, ou des années et dont le rôle épidémiologique est particulièrement important, s'ils manipulent des aliments.

Quels sont les symptômes ?

La période d'incubation (la durée entre la contamination et l'apparition des symptômes) varie entre 1 et 3 semaines. Tout dépend des capacités de défense du système immunitaire et de la quantité des bactéries ingérées. Il faut, environ, 105 bactéries pour engendrer une fièvre typhoïde.

Le début de la maladie est, souvent, progressif, marqué par une fièvre qui augmente progressivement, accompagnée de quelques céphalées, de fatigue, d'anorexie, de douleurs abdominales et de constipation. Un signe très évocateur, mais inconstant de la maladie, est l'épistaxis (saignement de nez). Ces symptômes représentent le 1er septénaire de la fièvre typhoïde, car elle dure une semaine, en moyenne.

La phase d'état, ou le 2ème septénaire, se manifeste par:

- une fièvre à 40°c.
- une altération de l'état général,
- une diarrhée forte, de couleur jaune ocre, qui fait suite à la constipation,
- un Tuphos, qui est un état de prostration et de stupeur, dû à l'effet de la toxine du germe. C'est un signe neurologique.
- Des petites taches rosées sur le dos, le ventre et la poitrine. C'est un signe toxémique et très évocateur de la fièvre typhoïde.
- Angine de Duguet: c'est une ulcération indolore au niveau d'un, ou des deux, piliers du voile du palais. C'est un signe inconstant, mais de valeur importante, pour orienter le diagnostic.

Peut-il y avoir des complications ?

La gravité de la maladie dépend du risque de libération, dans le sang circulant, de toxines bactériennes, responsable de graves complications, qui sont:

- Hémorragies digestives, qui peuvent être minimes ou très abondantes.
- Des perforations intestinales.
- Myocardite typhique: c'est la complication cardiaque la plus fréquente. Elle est due à l'effet de la toxine.
- Collapsus cardiovasculaire.
- Encéphalite; c'est une complication grave, qui peut évoluer vers le coma.

Quand y penser et comment peut-on confirmer qu'il s'agit bien de la fièvre typhoïde?

La notion de cas similaires, ou d'épidémie, dans une zone, les symptômes et la clinique spécifiques de la typhoïde, représentent un ensemble d'éléments, qui permet de penser à la fièvre typhoïde. Mais, le diagnostic repose sur des examens biologiques, l'hémoculture ou la coproculture, qui sont des techniques de laboratoire, visant à mettre en culture le sang, ou les matières fécales du patient, pour rechercher les bactéries responsables de la fièvre typhoïde.

La sérologie de Widal et Félix est plus spécifique. Elle met la maladie en évidence, en identifiant, dans le sérum des patients, la salmonella Typhi, ou paratyphi. Cette technique est utile quand le malade est vu tardivement, ou quand un traitement antibiotique a, déjà, été administré.

Comment la traiter ?

L'hospitalisation du malade, en chambre seule, est nécessaire. Le traitement repose sur une antibiothérapie adaptée, dont la durée est comprise entre 10 et 15 jours. Il est associé à une réhydratation, un régime sans résidu et traitement de toute complication existante.

Que doit-on savoir sur la prévention ?

La fièvre typhoïde représente un problème, majeur, de santé publique, dans les pays en voie de développement. Il existe un moyen très efficace, pour lutter contre cette maladie. C'est la prévention.

Cette dernière comporte l'isolement des patients infectés, la désinfection des linges et de la chambre, le lavage des mains et des aliments. Elle repose, aussi, sur l'enquête épidémiologique, la lutte contre le péril fécal, avec l'épuration des eaux de boisson et le traitement des eaux usées, l'éducation sanitaire, le dépistage et le traitement des porteurs du germe, le respect de la chaîne de froid et la surveillance des produits alimentaires, permettant d'enrayer la dissémination des salmonelles.

Il existe un vaccin contre la fièvre typhoïde, qui est très conseillé, pour les voyageurs et les personnels de santé ■

DMLA

Un dépistage essentiel

Une tache noire au milieu du champ de vision ? Une perception déformée des objets ? Vous souffrez, peut-être, de DMLA.

La dégénérescence maculaire, liée à l'âge, est une atteinte de la zone centrale de la rétine, qu'on appelle macula. Dépistée à temps, elle peut être traitée efficacement. La DMLA est une maladie provoquée par un vieillissement, prématuré, de la rétine. Cette affection se manifeste par la destruction des cellules de la rétine. Plus précisément de sa zone centrale, appelée macula.

Due à un défaut d'irrigation sanguine, elle provoque une baisse de l'acuité visuelle. Non traitée, ses complications peuvent entraîner une dégradation sévère; voire, une perte de la vision. Elle représente, d'ailleurs, la première cause de cécité, chez les plus de 50 ans. Au total, près de 3 millions de Français en souffrent.

Il existe deux types de DMLA. L'une, dite sèche, l'autre humide. La dernière est la moins répandue puisqu'elle ne concerne qu'entre 15% et 20% des cas. Elle évolue, toutefois, de manière plus agressive, plus rapide, avec des séquelles plus graves. Cette forme se caractérise par la formation de nouveaux vaisseaux, en dessous de la rétine. Ces néo-vaisseaux entraînent des œdèmes et des saignements. Dans la forme sèche en revanche, c'est la rétine en elle-même qui s'atrophie.

CONSULTEZ, CHAQUE ANNÉE, À PARTIR DE 55 ANS

Plusieurs facteurs de risque sont identifiés. Le premier d'entre eux est l'âge. Après 75 ans, une personne, sur trois, est touchée par la DMLA. Par ailleurs, l'hérédité joue un rôle, dans le développement de cette maladie. D'autres facteurs de risque sont, aussi, reconnus. C'est le cas du tabagisme, d'une alimentation déséquilibrée, et de l'abus de soleil. Chacun peut agir sur ces derniers, pour prévenir la survenue d'une DMLA. Toutefois, la meilleure façon de prévenir ses conséquences les plus sévères est le dépistage.

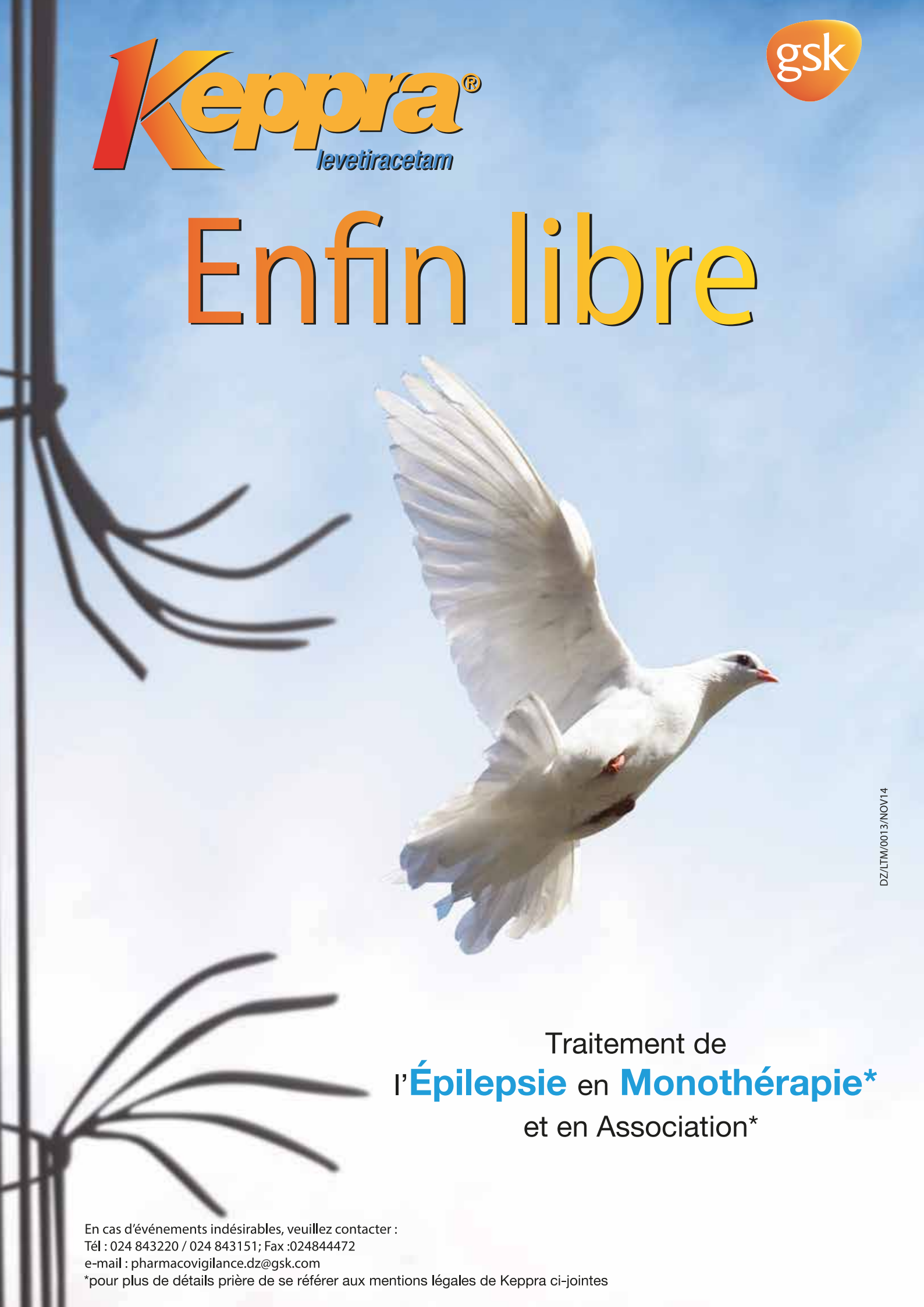
Le premier signe d'alerte, qui doit amener à consulter, rapidement, un ophtalmologiste, est une sensation de baisse de la vision, ou de gêne visuelle, associée à une perception déformée des objets. Si la maladie n'est pas traitée, le patient peut être victime d'une baisse de la vision centrale, par apparition d'une tache dans son champ visuel, provoquant une gêne, pour reconnaître les visages, pour lire, pour conduire, pour écrire... ***Et surtout, la maladie évoluera vers la cécité.***

Pour éviter cette situation, et recevoir le traitement adéquat, au plus tôt, faites surveiller vos yeux, par un ophtalmologiste, une fois par an, dès 55 ans ■

Keppra®
levetiracetam

gsk

Enfin libre



Traitement de
l'**Épilepsie** en **Monothérapie***
et en Association*

DZ/LTM/0013/NOV14

En cas d'événements indésirables, veuillez contacter :
Tél : 024 843220 / 024 843151; Fax :024844472
e-mail : pharmacovigilance.dz@gsk.com
*pour plus de détails prière de se référer aux mentions légales de Keppra ci-jointes

MENTIONS LÉGALES

KEPPRA
LEVETIRACETAM
250 mg
Comprimés pélliculés

COMPOSITION: Chaque comprimé contient 250 mg de la substance active lévétiracétam. • Les autres composants sont: Noyau: croscarmellose sodique, macrogol 6000, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium Pelliculage: Opadry 85F20694 (alcool polyvinyl en partie hydrolysé, dioxyde de titane (E171) macrogol 3350 , talc, laque d'indigotine carmin aluminium (E132). **FORME PHARMACEUTIQUE:** Comprimé pelliculé bleu, oblong, sécable. **DONNÉES CLINIQUES: Indications thérapeutiques:** Keppra est indiqué en monothérapie dans le traitement des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez les patients à partir de 16 ans. Keppra est indiqué en association: • dans le traitement des crises partielles avec ou sans généralisation secondaire chez l'adulte et les enfants à partir de 4 ans. • dans le traitement des crises myocloniques de l'adulte et de l'adolescent à partir de 12 ans présentant une épilepsie myoclonique juvénile. • dans le traitement des crises généralisées tonico-cloniques primaires de l'adulte et de l'adolescent à partir de 12 ans. **Posologie et mode d'administration: Posologie chez l'adulte et l'adolescent (12 à 17 ans) pesant 50 kg ou plus:** • Posologie usuelle: La dose thérapeutique initiale est de 500 mg 2 fois par jour. Cette dose peut être débutée dès le premier jour de traitement. En fonction de la réponse clinique et de la tolérance, la dose quotidienne peut être augmentée jusqu'à 1500 mg 2 fois par jour. Les augmentations et diminutions posologiques peuvent se faire par paliers de 500 mg 2 fois par jour toutes les 2 à 4 semaines. Posologie chez l'enfant (4 à 11 ans) et l'adolescent (12 à 17 ans) de moins de 50 kg: **- Posologie usuelle:** La dose thérapeutique initiale est de 10 mg/kg 2 fois par jour. En fonction de la réponse clinique et de la tolérance, la dose peut être augmentée jusqu'à 30 mg/kg 2 fois par jour. Les augmentations et diminutions de doses ne doivent pas dépasser 10 mg/kg 2 fois par jour toutes les 2 semaines. La dose minimale efficace doit être utilisée. **Mode d'emploi:**
Les comprimés pelliculés doivent être avalés avec une quantité suffisante de liquide et peuvent être pris au cours ou en dehors des repas. La posologie quotidienne sera administrée en deux prises égales. **Contre-indications:** Hypersensibilité au principe actif ou aux autres dérivés de la pyrrolidone, ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi: Arrêt du traitement:** Conformément à la pratique clinique usuelle, l'arrêt éventuel du traitement par Keppra doit être réalisé de manière progressive; Chez l'adulte et l'adolescent de plus de 50 kg: diminution de 500 mg 2 fois par jour, toutes les deux à quatre semaines; Chez l'enfant et l'adolescent pesant moins de 50 kg: diminution de dose ne devant pas dépasser 10 mg/kg 2 fois par jour toutes les 2 semaines. **Insuffisance rénale:**
L'administration de Keppra à l'insuffisant rénal peut nécessiter une adaptation de la dose. Chez le patient atteint d'insuffisance hépatique sévère, l'évaluation de la fonction rénale est recommandée avant de déterminer la dose à administrer. **Suicide:** Des cas de suicide, tentative de suicide, idées et comportement suicidaires ont été rapportés chez des patients traités par des antiépileptiques (y compris le lévétiracétam). Par conséquent, les patients présentant des signes de dépression et/ ou des idées et comportements suicidaires devront être surveillés et un traitement approprié devra être envisagé. Il devra être recommandé aux patients (et à leur personnel soignant) de demander un avis médical si des signes de dépression et/ou des idées et comportements suicidaires surviennent. **Population pédiatrique:** Les données disponibles chez l'enfant ne suggèrent pas d'effet sur la croissance et la puberté. Toutefois, des effets à long terme chez l'enfant sur l'apprentissage, le développement intellectuel, la croissance, les fonctions endocrines, la puberté et la capacité à avoir des enfants demeurent inconnus. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions: Médicaments antiépileptiques:** Les études cliniques menées chez l'adulte montrent que Keppra ne modifie pas les concentrations plasmatiques des autres médicaments antiépileptiques (phénytoïne, carbamazépine, acide valproïque, phénobarbital, lamotrigine, gabapentine et primidone) et que ceux-ci n'ont pas d'influence sur la pharmacocinétique du Keppra. Comme chez l'adulte, il n'a pas été mis en évidence d'interaction médicamenteuse cliniquement significative chez des enfants recevant jusqu'à 60 mg/kg/jour de lévétiracétam. Une évaluation rétrospective des interactions pharmacocinétiques chez des enfants et adolescents épileptiques (de 4 à 17 ans) a confirmé que le traitement en association par le lévétiracétam administré par voie orale n'influence pas les concentrations sériques à l'état d'équilibre de la carbamazépine et du valproate administrés de façon concomitante. Toutefois, des données suggèrent une augmentation de la clairance du lévétiracétam de 20% chez les enfants prenant des médicaments antiépileptiques inducteurs enzymatiques. Aucun ajustement posologique n'est nécessaire. **Probénécide:** Le probénécide (500 mg quatre fois par jour), inhibiteur de la sécrétion tubulaire rénale, s'est avéré inhiber la clairance rénale du métabolite principal mais pas celle du lévétiracétam. Néanmoins, la concentration de ce métabolite reste faible. Il est prévisible que d'autres médicaments éliminés par sécrétion tubulaire active puissent également réduire la clairance rénale du métabolite. L'effet du lévétiracétam sur le probénécide n'a pas été étudié et l'effet du lévétiracétam sur d'autres médicaments sécrétés activement comme les A.I.N.S., les sulfonamides et le méthotrexate est inconnu. Contraceptifs oraux et autres interactions pharmacocinétiques: Le lévétiracétam à la dose de 1000 mg par jour n'a pas modifié la pharmacocinétique des contraceptifs oraux (éthynilestradiol et lévonorgestrel); les paramètres endocriniens (hormone lutéinisante et progestérone) n'ont pas été modifiés. Le lévétiracétam à la dose de 2000 mg par jour n'a pas modifié la pharmacocinétique de la digoxine et de la warfarine; les temps de prothrombine n'ont pas été modifiés. L'administration concomitante avec la digoxine, les contraceptifs oraux et la warfarine n'a pas modifié la pharmacocinétique du lévétiracétam. **Anti-acides:** Aucune donnée concernant l'influence des anti-acides sur l'absorption du lévétiracétam n'est disponible. **Nourriture et alcool:** L'importance de l'absorption du lévétiracétam n'a pas été modifiée par la consommation d'aliments, mais le taux d'absorption a été légèrement réduit. Aucune donnée n'est disponible quant à l'interaction du lévétiracétam et de l'alcool. **Grossesse et allaitement: Grossesse:** Il n'y a pas de données adéquates sur l'utilisation de lévétiracétam chez la femme enceinte. Les études chez l'animal ont montré une toxicité sur la reproduction. Le risque potentiel chez l'homme est inconnu. Sauf en cas de réelle nécessité, Keppra n'est pas recommandé pendant la grossesse ni chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de contraception. Comme avec d'autres médicaments antiépileptiques, des changements physiologiques pendant la grossesse peuvent affecter la concentration en lévétiracétam. Une diminution des concentrations plasmatiques en lévétiracétam a été observée pendant la grossesse. Cette diminution est plus prononcée pendant le troisième trimestre (jusqu'à 60 % de la concentration de base avant grossesse). Une prise en charge clinique appropriée des femmes enceintes traitées par le lévétiracétam devra être assurée. L'arrêt des traitements anticomitiaux peut entraîner une aggravation de la maladie, qui peut être préjudiciable à la mère et au foetus.
Allaitement: Le lévétiracétam est excrété dans le lait maternel. Par conséquent, l'allaitement n'est pas recommandé. **Effets indésirables:** La fréquence est définie de la façon suivante: ***très fréquent:*** (≥1/10); ***fréquent:*** (≥ 1/100 à <1/10); ***peu fréquent:*** (≥ 1/1000 à <1/100); ***rare*** (≥ 1/10000 à <1/1000) ***très rare:*** (<1/10000), f***réquence indéterminée*** (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). - Infections et infestations: ***Fréquent:*** infection, rhinopharyngite - Affections hématologiques et du système lymphatique: ***Fréquent:*** thrombocytopénie. ***Indéterminé:*** leucopénie, neutropénie, pancytopénie (avec aplasie médullaire identifiée dans quelques cas). - Troubles du métabolisme et de la nutrition: ***Fréquent:*** anorexie, prise de poids. ***Indéterminé:*** perte de poids - Affections psychiatriques: ***Fréquent:*** agitation, dépression, labilité émotionnelle/ sautes d'humeur, hostilité/agressivité, insomnie, nervosité/irritabilité, troubles de la personnalité, troubles de la pensée. ***Indéterminé:*** trouble du comportement, colère, anxiété, confusion, hallucination, trouble psychotique, suicide, tentative de suicide et idée suicidaire. - Affections du système nerveux: ***Très fréquent:*** somnolence ***Fréquent:*** amnésie, ataxie, convulsion, étourdissement, céphalée, hyperkinésie, tremblement, trouble de l'équilibre, trouble de l'attention, trouble de la mémoire. Indéterminé: paresthésie. - Affections oculaires: ***Fréquent:*** diplopie, vision trouble. - Affections de l'oreille et du labyrinthe: ***Fréquent:*** vertige. - Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales. ***Fréquent:*** augmentation de la toux. - Affections gastro-intestinales: ***Fréquent:*** douleur abdominale, diarrhée, dyspepsie, nausée, vomissement. ***Indéterminé:*** pancréatite. - Affections hépatobiliaires ***Indéterminé:*** insuffisance hépatique, hépatite, anomalies des tests de la fonction hépatique. - Affections de la peau et du tissu sous-cutané: ***Fréquent:*** éruption cutanée, eczéma, prurit. ***Indéterminé:*** nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Stevens-Johnson, érythème polymorphe et alopécie. - Affections musculo-squelettiques et systémiques: ***Fréquent:*** myalgie. - Troubles généraux et anomalies au site d'administration: ***Très fréquent:*** asthénie/fatigue. - Lésions, intoxications et complications liées aux procédures: Fréquent: blessure accidentelle. **Description d'effets indésirables sélectionnés:** Le risque d'anorexie est plus important lors de la co-administration de topiramate et de lévétiracétam. Dans plusieurs cas d'alopécie, une régression a été observée à l'arrêt du lévétiracétam.
Population pédiatrique:
Les effets indésirables le plus souvent rapportés chez les enfants ont été: somnolence, hostilité, ner vosité, labilité émotionnelle, agitation, anorexie, asthénie et céphalées. Les résultats de tolérance chez les enfants sont comparables avec le profil de tolérance du lévétiracétam observé chez l'adulte, sauf pour les effets indésirables comportementaux et psychiatriques, plus fréquents chez les enfants que chez les adultes. Toutefois, le risque relatif a été similaire chez les enfants et les adultes. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines:** Les effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines n'ont pas été étudiés. En raison de la possibilité de différences individuelles en matière de sensibilité, certains patients sont susceptibles de présenter, particulièrement en début de traitement ou après une augmentation de la dose, une somnolence ou d'autres symptômes impliquant le système nerveux central. Il est donc recommandé à ces patients d'être prudents lors de l'exécution de tâches délicates telles que la conduite d'un véhicule ou l'utilisation de machines. Il est conseillé aux patients de ne pas conduire ou de ne pas utiliser de machines tant qu'il n'a pas été établi que leurs capacités pour de telles activités ne sont pas affectées. **Surdosage: Symptômes:** Somnolence, agitation, agressivité, diminution du niveau de conscience, dépression respiratoire et coma ont été observés lors de surdosage avec Keppra.
Conduite à tenir en cas de surdosage: Après un surdosage important, des vomissements peuvent être provoqués ou un lavage gastrique réalisé. Il n'existe aucun antidote spécifique du lévétiracétam. Le traitement du surdosage sera symptomatique et pourra comporter une hémodialyse. Le taux d'élimination par dialyse est de 60 % pour le lévétiracétam et de 74 % pour le métabolite principal. **Précautions particulières de conservation:** Conserver entre 15 et 25°C, à l'abri de la lumière et de l'humidité. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE:** Liste 1 – Uniquement sur ordonnance. **Médicament enregistré en Algérie sous le numéro: 07/15A 072/046 Titulaire en Algérie: Laboratoires UCB S.A. Allée de la recherche 60, B-1070 Bruxelles, Belgique. Distribué en Algérie par: GlaxoSmithKline Algérie Zone Industrielle Boudouaou Est 35 400 Boumerdès, Algérie, numéro de téléphone: 024 84 31 20, numéro de fax: 024 84 44 72. Notification de cas de pharmacovigilance: numéro de fax: 024 84 44 72.**

Entretien avec Mme Fella Selmani, présidente de l'association Zemzem des épileptiques.

L'épilepsie

Une maladie pas comme les autres

L'épilepsie est une affection neurologique, connue depuis l'Antiquité. Elle a, longtemps, été considérée comme une maladie sacrée, dont Hippocrate fut le premier à décrire le lien avec le cerveau. Au Moyen Age, les crises épileptiques étaient s'associées à la manifestation du démon. Il fallut attendre la deuxième moitié du XIXème siècle pour bénéficier des premiers traitements; puis, le début XXème siècle, pour voir apparaître le premier électroencéphalogramme, permettant d'affirmer le diagnostic.

••• *Entretien réalisé par* ***Fortas Nadjia***

Santé Mag: comment vivent les épileptiques leur maladie ?

Mme Fella Selmani: L'épilepsie est une source d'angoisse constante, pour les malades, avec la survenue, inopinée, de symptômes mettant en cause l'intégrité neuropsychique et le déclenchement de manifestations, dont la conscience leur échappe.

A ce jour, l'épilepsie reste une maladie méconnue, aux multiples préjugés. Pourtant, elle concerne plus de 350.000 personnes, en Algérie et plus de 50 millions, dans le monde, dont 70% sont des enfants.

Chez l'enfant, l'épilepsie peut avoir des conséquences psychologiques, scolaires, ou éducatives. Son quotidien est parsemé d'épreuves. L'annonce du diagnostic est un véritable choc, pour nombre de parents, dont l'image effrayante et la méconnaissance de la pathologie les plongent dans une profonde détresse. Pour le grand public, le seul aspect connu est celui de la perte de connaissance, chute, convulsions.

Sa prise en charge s'est améliorée. En revanche, si l'amélioration de la qualité de vie des patients est indiscutable, il persiste certains préjugés sociaux. Beaucoup d'épileptiques vivent, encore, dans la honte, le refus de l'exprimer; que ce soit sur leur lieu de travail, ou même à leurs amis.

Notre rôle, en tant qu'association est de sensibiliser le grand public, par l'organisation d'événements centrés sur la maladie, pour faire évoluer les connaissances et aider la société à mieux accueillir et accepter les malades.

L'épilepsie est une pathologie fréquente, dont les conséquences, tant au niveau de l'individu que sur le plan de la société, sont multiples. Cette pathologie n'occupe pas le devant de la scène médiatique, car elle fait peur et suscite, plus souvent, le rejet que l'empathie. L'individu, présentant des crises d'épilepsie, sera victime d'exclusion et de discriminations.

Une approche épidémiologique permet d'établir une certaine réalité de l'épilepsie, ne serait-ce qu'en provoquant une prise de conscience du grand nombre de patients atteints. Elle permet, en outre, de fournir des éléments objectifs sur le pronostic global des crises épileptiques et sur l'impact économique de cette pathologie, notamment son coût pour le système de santé.

Quelle est la prévalence de cette maladie, en Algérie ?

La prévalence, en Algérie, est de 1 pour cent, alors qu'elle se situe entre 0.5 et 0.8 pour cent, dans les pays développés. 60 pour cent des cas ont été atteints avant l'âge de 20 ans, chez nous. Les facteurs de risque sont les maladies infectieuses (virale, bactérienne et parasitaire), une HTA mal prise en charge, les naissances à domicile sans aide qualifiée, la toxicomanie et les antécédents familiaux.

La non-observance du traitement, par les patients et parfois, les ruptures des antiépileptiques compliquent davantage la prise en charge de cette maladie. L'épilepsie est une maladie comme toutes les autres; mais, demeure mal définie, mal comprise et souvent, mal traitée.

Quelles sont les molécules prescrites dans le traitement de l'épilepsie ?

L'évolution thérapeutique, notamment grâce à de nombreuses molécules disponibles permet, actuellement, aux patients, d'être traités des crises. Mais, il existe, cependant, des spécificités de prise en charge, chez les femmes enceintes, ou les personnes âgées. Nous enregistrons, de temps en temps, des ruptures. Les autorités sanitaires nous ont assuré que la situation est maîtrisée et que les malades n'auront plus à vivre ce calvaire.

Les traitements sont disponibles en princeps et en générique.

Les médicaments génériques donnent-ils les mêmes résultats ?

Il y a une forte résistance et réticence, des patients, aux génériques. Selon des témoignages, recueillis auprès de nombreux patients, qui prennent les génériques, leurs crises sont répétées, dans des espaces réduits. Ce n'est pas le cas, pour les médicaments princeps, qui réduisent énormément la fréquence des crises.

Que pensez vous des nouvelles molecules disponibles sur le marche; particulierement, le Keppra ?

Selon les médecins que nous côtoyons, tous les jours, le Keppra est un antiépileptique qui empêche la propagation de l'activité épileptique, dans le cerveau et que son association à d'autres médicaments anticonvulsivants réduit la fréquence des crises, plus que le placebo. Par ailleurs, de nombreux malades, mis sous Keppra, ont pu être équilibrés et chez lesquels nous avons constaté une disparition des crises ■

Keppra® levetiracetam

Traitement de l'Épilepsie en Monothérapie* et en Association*

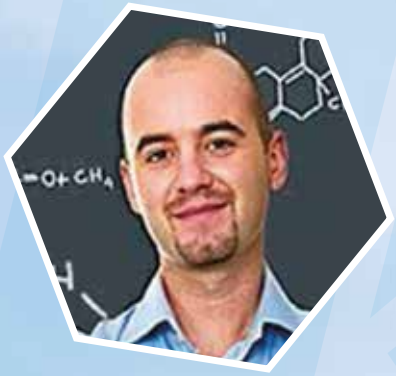
gsk

Je retrouve ma liberté de vivre

d'étudier et de m'amuser. JE N'AI PLUS PEUR!

Je vis mieux

je peux m'occuper de mon fils et être maman en toute sécurité



Je me sens en confiance,

Je peux garder mon travail. JE N'AI PLUS PEUR!

DZ/LTM/0013/NOV14

Tolérance.[1-2]

Titration rapide en 02 semaines.[4]

Efficacité dès le début du traitement.[3]

1-Mercarelli O et al.,Ann Pharmacother 2004 ;38 : 1816-1822
2-Patsalos PN, Pharmacology & Therapeutics 2000;85:77-85
3-Brodie MJ et al., Neurology 2007;68: 402-408
4-Panayiotopoulos CP. Principles of Therapy in Epilepsy; NCBI bookshelf

*pour plus de détails prière de se référer aux mentions légales de Keppra ci-jointes

En cas d'événements indésirables, veuillez contacter :
Tél : 024 843220 / 024 843151
Fax :024844472
e-mail : pharmacovigilance.dz@gsk.com

Pr Smaïl Benkaidali,
à Santé Mag,

La fréquence des infections cutanées est due, entre autres, au manque d'hygiène

A travers l'entretien, que nous a accordé le professeur Smaïl Benkaidali, on aura noté le grand danger, au plan sanitaire, qui guette notre pays, vu la négligence et le laisser-aller, quant au manque d'observance d'un minimum de règles d'hygiène; notamment, au sein de collectivités. Aussi, il précisera que ce manque d'hygiène est source d'infections cutanées et pour les prévenir, il n'a de cesse de recommander, à tous, de veiller, déjà, en amont, au respect de l'environnement, en général, pour qu'il ne soit pas pollué d'avantage et par l'instauration de règles sanitaires dans les lieux publics de rencontre (salon de coiffure, hammam....), en particulier.

••• Propos recueillis par **Tanina Ait**

Santé Mag: les infections cutanées sont-elles répandues, chez nous ?

Pr Smaïl Benkaidali: Les infections cutanées sont des pathologies assez fréquentes, dans notre pays. Ces infections représentent, environ, 10 à 15% de nos consultations; notamment, en médecine générale, en médecine interne, en pédiatrie et évidemment, dans notre spécialité, qui est la dermatologie et les enfants sont les premières victimes de la négligence des adultes.

Pourquoi les infestions cutanées sont-elles si fréquentes ?

La fréquence de ces pathologies est due à certains facteurs favorisant, qui sont, en premier lieu, le manque d'hygiène. Ces infections touchent énormément d'enfants, qui plus est, en vacances. Ces derniers ont du temps, pour jouer n'importe où; souvent, dans des endroits pollués et se baignant, même, dans des oueds pollués, ou dans des plages à baignade interdite; en fait, de véritables dépotoirs. C'est pourquoi, il ne faut pas s'étonner de la survenance de ce type d'infections.

Ces infections peuvent-elles se transmettre d'une personne à une autre ?

Ces infections sont très contagieuses; soit, d'une manière directe, ou indirecte, par les objets qu'on manipule. Il s'agit, en l'occurrence, d'équipements de certains salons de coiffure; comme les serviettes, peignes, ciseaux non stérilisés, ou bien ceux des bains maures, douches publiques endroits non aseptisés. Ce qui rend d'autant plus facile la contagion.
Par ailleurs, les échanges de tenues de sport intimes (casquettes, t-shirts, shorts), entre jeunes, sont des vecteurs puissants de ces pathologies. C'est malheureux, parce que, justement, on peut prévenir ces maladies; d'abord, par des douches fréquentes, avec un savon ordinaire, comme le savon de Marseille, ou de Béjaïa, qui est toujours disponible à un prix très raisonnable. Sans, pour autant, donc, utiliser forcément des gels moussants. Eviter, ainsi, la maladie et le recours aux traitements lourds: antibiothérapies, antiseptiques, qui coûtent excessivement cher au budget de la santé publique.

Quels sont les types d'infections les plus répandues ?

Nous avons deux types: à streptocoques et à staphylocoques. Ce sont les germes les plus fréquents et parfois, on a l'association des deux types. Ces germes donnent des infections courantes, des impétigos ou des pyodermites et touchent, particulièrement, les enfants.

Comment se présentent les signes de ces impétigos et pyodermites ?

Cela débute au niveau du visage, des orifices des narines, des zones péribuccales, des mains, des pieds, puis cela va se généraliser sur tout le corps. Ces lésions sont vite reconnaissables car elles sont polymorphes, c'est-à-dire qu'elles se présentent de différentes manières: telles que des vésicules, des papules, ou des bulles avec rougeur. Ces dernières sont purulentes et dans ce pus, on trouve pleins de germes, à la différence des infections a-microbiennes.
Lorsqu'il y a une rupture de ces capsules, cela donne la formation de croûtes et celles-ci, dans le cas d'infections cutanées bactériennes, sont jaunâtres. Il ne faut jamais arracher ces croûtes, mais les ramollir par des traitements, pour qu'elles tombent d'elles-mêmes. Elles vont laisser des exulcérations, avec une tache pigmentée marron, qui va disparaître, avec le temps, sans laisser de cicatrices indélébiles.

Les infections, à staphylocoque et streptocoque, peuvent-elles engendrer des complications ?

Il faut, justement, se méfier des complications qu'elles peuvent engendrer, comme des infections généralisées; mais, surtout, elles peuvent être à l'origine d'une infection rénale glomérulonéphrite aigue, qui

peut majorer le pronostic et donc, il faut surveiller ces enfants et leur faire un bilan rénal et une biochimie des urines, pour voir s'il n'ya pas eu une atteinte du rein. Parfois, il existe des portes d'entrée; surtout, pour les streptocoques, à partir d'une angine, ou d'une rhinopharyngite.
Ces infections microbiennes peuvent également pénétrer par les pieds au niveau des orteils lorsqu'il y a des champignons.

Quels sont les traitements? Sont-ils disponibles, en Algérie ?

Il faut laver ces lésions avec du savon et appliquer des antiseptiques. Pour cela, nous disposons de différents produits, sur le marché: des antiseptiques moussants, à base de produits iodés asséchants et nous avons des antibiotiques, qui sont, aussi, disponibles en pommade et qui servent à ramollir les croûtes et tuer les germes, localement. En plus de ces traitements locaux, nous disposons des traitements par antibiotiques; telle que la bêta-lactamine. En effet, généralement, ces germes sont sensibles à ce produit.
En cas de récidive, ou de problèmes de résistance aux antibiotiques, il importe de faire un examen cytobactériologique du pus, avec un antibiogramme, pour diriger une antibiothérapie adéquate.
Le traitement dure 8 à 10 jours; voire, 15 jours. Ces traitements répondent bien. En tout état de cause, il est obligatoire de rompre la chaîne de contamination.

Comment rompre la chaîne de contamination ?

Il faut faire une enquête épidémiologique: investiguer au niveau de l'école, crèche, jardin d'enfants car, il faut, encore, le rappeler, les enfants sont les premières victimes de la dégradation de l'environnement.
Dans la mesure où des cas d'infection sont constatés, il y a lieu de les signaler aux responsables administratifs, afin que les dispositions adéquates soient prises; étant entendu que ces maladies sont très contagieuses; il s'agit, entre autres, de procéder à la fermeture des établissements concernés pendant toute la durée des soins.
En outre, il importe de traiter le reste des membres de la famille et l'entourage, si eux-mêmes sont atteints.
Au demeurant, il faut signaler que le staphylocoque peut engendrer, aussi, des staphylococcies, des furoncles, des entraxes, qui sont une agglomération des furoncles et ces furoncles sont dus au staphylocoque doré; ils sont fréquents et on le constate, souvent, dans nos consultations. Les personnes sujettes aux furoncles, il faut les explorer par des examens sanguins et une glycémie est, alors, nécessaire, parce que cela peut être un signe annonciateur d'un diabète.
A ce propos, je saisis l'occasion pour tirer la sonnette d'alarme, car nous sommes un pays grand consommateur de sucre et ses produits associés (café au lait sucré, boissons sucrées de toutes marques) qui envahissent le marché avec force publicité et ceci est la voie ouverte à l'obésité, le diabète et ces infections à staphylocoques. Alors, nous attirons l'attention des consommateurs, afin qu'ils se méfient de la consommation excessive du sucre. Je suis stupéfié lorsque je vois des gens prendre une tasse de café au lait, avec 5 ou 6 morceaux de sucre, avec des pâtisseries; en plus d'un jus de fruits industriel et pour terminer, un café noir sucré qu'on aurait dit du caramel. Alors, bonjour les dégâts !
Ce mode de consommation, dans notre société, à base de sucre et de pâtes sous différentes formes; à savoir: couscous, pain, spaghettis et gâteaux est un comportement très dangereux pour la santé. Ceci se voit, particulièrement, lors de fêtes, où les hôtes rivalisent d'offrandes sucrées, pour le paraître et ce, tout le long de l'année et particulièrement, à partir de mai jusqu'à décembre; à raison de deux à trois fois, par semaine, où il est distribué 5 à 6 gâteaux, plus café et thé excessivement sucrés. Un rapide calcul donnera le niveau de consommation globale de sucre, au plan national, ne serait-ce que lors de ces événements et son impact, négatif, sur la santé des citoyens.
Aussi, Il faudrait et ceci est une mesure d'urgence, redéfinir un mode de comportement alimentaire plus sain et plus rationnel. Cette urgence doit être prise en charge à travers toutes les institutions concernées du pays: écoles, mosquées, associations sportives, centres de santé, ministères...

Y a-t-il d'autres infections cutanées ?

Il existe, aussi, les infections mycosiques, qui sont fréquentes et les facteurs favorisant sont les bains maures, les saunas, douches publiques, les hammams, salles de prière, salles d'ablutions, où on peut être contaminé par le dermatophyte ou le Candida albicans.
Ces mycoses touchent, généralement, les plis des orteils, des mains, les plis inguinaux, les plis sous les aisselles et chez les femmes, sous les seins, également. Les traitements de ces mycosites sont disponibles; mais, il faut, d'abord, les prévenir que de les guérir, à l'évidence.

Comment prévenir les infections... ?

Encore une fois, j'attire l'attention des gens, pour ne pas utiliser les serviettes et objets de toilettes d'autrui. En effet et j'insiste, ces infections sont très contagieuses.
Surtout, il est nécessaire de bien se sécher, après la douche et après les ablutions. Porter des chaussures pas trop fermées, les nettoyer souvent, car la transpiration aggrave ces intertrigo, au niveau des orteils, qu'on appelle les athlétiques foots, qui se soignent très bien, maintenant et les produits sont disponibles.
Enfin, parmi les infections parasitaires, la gale est la plus répandue, chez nous. Elle est contagieuse et se transmet au niveau de la même famille, au niveau des collectivités, comme l'école, l'hôpital, les centres de personnes âgées, le milieu carcéral.....
Ainsi, donc, il faut prendre des mesures adéquates, dans ces milieux, pour qu'il n'y ait pas contamination.
Les traitements de ces infections parasitaires sont, aussi, disponibles et très simples. Ce sont des lotions et des antiparasitaires, à placer dans le linge, pour détruire ce parasite, appelé sarcopte scabiei. Cette maladie peut, parfois, être sévère et touche les enfants, les femmes, les nourrissons, les nouveau-nés et les personnes âgées. Pour revenir au traitement, ces lotions - anti-scabieux, ou antipsoriques - sont à appliquer pendant 6 jours. Pour que ces traitements soient efficaces, il faut, bien entendu, traiter les autres membres de la famille, s'ils se grattent, parce que la gale se définit par un prurit, surtout nocturne, lorsque les personnes se mettent au lit.

Quelles sont les sources de contamination, par ces infections cutanées bactériennes, parasitaires ou ....

Lorsqu'on fait une bonne enquête on découvre et je dirais d'ailleurs, à cet effet, qu'il est malheureux que dans notre pays, en 2014, existent, encore, des douches publiques, des bains maures, des salons de coiffure, où des mesures d'hygiène élémentaires ne sont pas observées. En effet, par exemple, des serviettes déjà utilisées au lieu d'être désinfectées sont, simplement, mises à sécher. Il y a lieu, au contraire, de les laver à l'eau javellisée, quitte à augmenter le prix de la prestation. Il s'agit, par conséquent, de sensibiliser patrons, employés et clients. Ces règles d'hygiènes doivent toucher, également, les instruments utilisés; surtout, les objets tranchants et doter les établissements cités par des appareils à ultraviolet, qui servent à désinfecter.
Ce manque d'hygiène entraîne, comme on l'a vu, différentes maladies et notamment, la teigne, chez les enfants.
A la lumière de ce qui précède, nous lançons un appel à toutes les administrations concernées, pour veiller au respect des mesures d'hygiène obligatoires. En conclusion, je dirais que ces démarches coûtent moins cher que le traitement de la gale, ou autres traitements des infections cutanée ■

Pr Smaïl Benkaidali,
- chef du service de dermatologie au CHU Mustapha Bacha (Alger).
- Président de la Société algérienne de dermatologie.

Cancer du col de l'utérus

la prévention à la mode danoise

Pour protéger les adolescentes des papillomavirus, il existe des vaccins et le frottis vaginal.
Le cancer du col de l'utérus est le onzième cancer, chez la femme, en France, par sa fréquence. Il existe une stratégie efficace, pour aider à lutter contre les 3 000 nouveaux cas annuels et les 1 000 décès estimés, en France: le dépistage par frottis, associé à la vaccination.

Exemple, avec le programme de prévention mis en place au Danemark. Les cancers du col de l'utérus sont, principalement, dus à des virus appelés papillomavirus humains, ou HPV. Il en existe plus de 150 types, dont environ 40 peuvent infecter les organes génitaux. Notamment, au cours des premières relations sexuelles. Parfois, l'infection peut entraîner la formation de lésions précancéreuses au niveau du col de l'utérus, dans un délai d'environ 5 ans. Ces lésions précancéreuses peuvent régresser spontanément, ou progresser vers un cancer, 5 à 20 ans plus tard.

UN PROGRAMME QUI FAIT SES PREUVES: LE MODÈLE DANOIS

Au Danemark, l'impact d'un programme de vaccination a été évalué. Ce dernier a été réalisé, en vie réelle, auprès d'une population de près de 400 000 danoises, dont 62 % avaient été vaccinées. Il a été introduit, chez les jeunes filles de 12 ans, en janvier 2009 et deux programmes de rattrapage ont ciblé les 13-15 ans (en 2008), puis les jeunes jusqu'à 27 ans (en 2012). La vaccination a, intégralement, été prise en charge. La couverture vaccinale a été excellente: 80% des jeunes filles âgées de 12 à 15 ans ont reçu un schéma vaccinal complet. En rattrapage (19-27 ans), 6 jeunes femmes, sur 10, ont bénéficié la vaccination.

«Nous avons observé que les frottis anormaux étaient deux fois plus nombreux chez les non vaccinées», explique Birgitte Baldur-Felskov (Danish Cancer Society Research Center), le principal auteur de cette étude. ***«Nous avons montré un effet protecteur de la vaccination contre les précurseurs du cancer du col de l'utérus»***. Ainsi, une diminution de 73% de l'ensemble des lésions cervicales précancéreuses a été constatée, chez les jeunes filles vaccinées, nées en 1993-1994.

ET EN FRANCE ?

L'environnement médiatique en France est, entre autres, responsable de la remise en question de la vaccination HPV. Aujourd'hui, la couverture vaccinale reste très insuffisante: ainsi, fin 2013, moins d'une jeune fille de 15 ans, sur cinq, avait initié une vaccination HPV. ***«Avec la vaccination, nous avons, là, un élément majeur de prévention, en complément du frottis, face à une affection d'origine virale»,*** explique Kathy Ardaens, gynécologue, dans le Nord. ***«En France, avec un environnement médiatique négatif, nous sommes devenus frileux, par rapport à cette vaccination. C'est dommage, car nous prenons énormément de retard, par rapport à des pays étrangers, comme l'Australie, où les lésions précancéreuses du col de l'utérus; mais, aussi, les verrues génitales, ont régressé».***

«Lorsque la vaccination est arrivée, en complément du dépistage, nous, médecins, étions très enthousiastes, car il n'est pas courant de pouvoir prévenir, ainsi, un cancer», nous explique le Dr Brigitte Letombe, gynécologue, dans le Nord.

POURSUIVRE LE FROTTIS

Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) s'est, d'ailleurs, penché sur cette question et préconise de modifier les modalités de la vaccination en France. Objectif, augmenter la couverture vaccinale, associée à la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Si la vaccination constitue un des piliers de la prévention du cancer du col de l'utérus, la poursuite du frottis est essentielle. Il est recommandé, tous les 3 ans, de 25 à 65 ans. En effet, rappelons que la vaccination cible les types de papillomavirus les plus répandus (16 et 18), à l'origine de 70 % des cancers du col de l'utérus.

En France, plus de la moitié des femmes ne sont pas, ou trop peu souvent, dépistées... A la moindre question, interrogez votre gynécologue ■

josacine®

Josamycine

SOIGNEZ TOUS LES ÂGES

30 ans d'expérience
ENFANT - ADULTE

L'efficacité d'un macrolide [a]

Tolérance établie [b]

Galéniques adaptées

astellas
Leading Light for Life

Toute prescription d'antibiotique a un impact sur les résistances bactériennes. Elle doit être justifiée.

josacine®
Josamycine

SOIGNEZ TOUS LES ÂGES

MENTIONS LÉGALES

JOSACINE® 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, (ML Complètes JOSACINE® 2013-1 / Novembre 2013)

DENOMINATION DU MEDICAMENT: JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE: JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: contient 125,00 mg de josamycine base (sous forme de propionate de josamycine). Pour 5 ml de suspension reconstituée. JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: contient 250,00 mg de josamycine base (sous forme de propionate de josamycine). Pour 5 ml de suspension reconstituée. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: contient 500,00 mg de josamycine base (sous forme de propionate de josamycine). Pour 5 ml de suspension reconstituée. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: un comprimé pelliculé de 700,35 mg contient 500,00 mg de josamycine base. Excipients: JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: saccharose, parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle.

FORME PHARMACEUTIQUE: JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Granulés pour suspension buvable. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: Comprimé pelliculé. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES:** Elles sont limitées aux infections dues aux germes déinis comme sensibles: •angines documentées à streptocoque A bêta-hémolytique, en alternative au traitement par bêta-lactamines, particulièrement lorsque celui-ci ne peut être utilisé. •sinusites aiguës. Compte-tenu du proil microbiologique de ces infections, les macrolides sont indiqués lorsqu'un traitement par une bêta-lactamine est impossible. •surinfections des bronchites aiguës. •exacerbations des bronchites chroniques. •pneumopathies communautaires chez des sujets: - sans facteurs de risque, - sans signes de gravité clinique, - en l'absence d'éléments cliniques évocateurs d'une étiologie pneumococcique. En cas de suspicion de pneumopathie atypique, les macrolides sont indiqués quels que soient la gravité et le terrain. •infections cutanées bénignes: impétigo, impétiginisation des dermatoses, ecthyma, dermo-hypodermite infectieuse (en particulier, érysipèle), érythrasma. •infections stomatologiques. •infections génitales non gonococciques. •chimioprophylaxie des rechutes du RAA en cas d'allergie aux bêta-lactamines. Il convient de tenir compte des recommandations oficielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:** VOIE ORALE. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Cette présentation **est réservée au nourrisson de 2 à 5 kg.** JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Cette présentation est réservée à l'enfant de 5 à 10 kg. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Cette présentation est réservée à l'enfant de 10 à 40 kg. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant de plus de 6 ans et de plus de 40 kg. JOSACINE®125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE®250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE®500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: La posologie est de 50 mg/kg de poids et par jour, à répartir en deux prises par jour. Soit en pratique: 1 prise (25 mg/kg) le matin et 1 prise (25 mg/kg) le soir. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Au-delà de 40 kg, il conviendra d'évaluer la possibilité d'utiliser les formes comprimés. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé, JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: 1 à 2 comprimés matin et soir. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé, JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: 2 comprimés (1 g) le matin, 2 comprimés (1 g) le soir. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: La dose par prise, est indiquée en fonction du poids de l'enfant sur le piston de la seringue pour administration orale graduée en kilo. Elle se lit directement sur les graduations de la seringue. Ainsi le poids indiqué correspond à la dose pour une prise.. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: La seringue pour administration orale est graduée de 2 à 5 kg, chaque graduation successive de 0,5 kg correspond à 12,5 mg de josamycine. JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: La seringue pour administration orale est graduée de 2 à 10 kg, chaque graduation successive de 1 kg correspond à 25 mg de josamycine. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: La seringue pour administration orale est graduée de 2 à 20 kg, chaque graduation successive de 1 kg correspond à 25 mg de josamycine. Attention, cette seringue pour administration orale ne doit pas être utilisée pour un autre médicament, la graduation étant spéciique à ce produit. Deux prises par jour sont nécessaires. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Par exemple, pour un enfant de 4 kg, la dose à administrer par prise correspond à la seringue pour administration orale remplie jusqu'à la graduation 4. JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Par exemple, pour un enfant de 5 kg, la dose à administrer par prise correspond à la seringue remplie jusqu'à la graduation 5. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Par exemple, pour un enfant de 30 kg, la dose à administrer par prise correspond à la seringue remplie une première fois jusqu'à la graduation 20, puis la seringue remplie une deuxième fois jusqu'à la graduation 10, et ce, 2 fois par jour.

JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable; **Cas particuliers:** Angines: 50 mg/kg/jour à répartir en 2 prises journalières. **Soit en pratique:** 1 prise (25 mg/kg) le matin et 1 prise (25 mg/kg) le soir. La durée du traitement des angines est de 5 jours.

Préparation de la suspension

1) Agiter le flacon

2) Puis ajouter de l'eau jusqu'au trait

3) Agiter de nouveau et laisser reposer

4) Compléter avec de l'eau jusqu'au trait du flacon

5) Agiter de nouveau

Préparation de la suspension

1) Bien agiter le flacon avant chaque utilisation et plonger la seringue graduée dans le flacon

2) Tirer sur le piston pour aspirer la suspension jusqu'au traitcorrespondant au poids de l'enfant. Sortir la seringue du flacon et administrer le médicament.

3) Après utilisation, rincer la seringue avec de l'eau

4) Coller le support sur le côté du flacon

5) Replacer la seringue dans son support

CONTRE-INDICATIONS: Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants: •hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, •JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: L'utilisation de ce médicament est contre-indiquée chez la femme qui allaite un enfant traité par cisapride (voir rubrique «Grossesse et allaitement»). **MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI:** En cas d'insufisance hépatique, l'administration de josamycine n'est pas recommandée. Si elle est nécessaire, elle justiie alors une surveillance régulière des tests hépatiques et éventuellement une réduction de posologie. Des cas de colite pseudomembraneuse ont été rapportés avec la josamycine; il est donc important d'évoquer ce diagnostic chez les patients présentant une diarrhée sévère pendant ou après un traitement par josamycine. Dans c ette situation, des mesures thérapeutiques adéquates doivent être initiées immédiatement. Les médicaments inhibant le péristaltisme sont contre-indiqués dans cette situation (voir rubrique «Effets indésirables»). Ce médicament est généralement déconseillé en association avec: •l'ébastine, •les alcaloïdes de l'ergot de seigle dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, lisuride, pergolide), •le triazolam, •l'halofantrine, •le disopyramide, •le tacrolimus. (voir rubrique «Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions»). Concernant les associations faisant l'objet de précautions d'emploi, voir rubrique «Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions». L'administration de josamycine doit se faire avec prudence chez les patients présentant une hypersensibilité connue à l'érythromycine ou à d'autres antibiotiques de la famille des macrolides. Une résistance croisée avec d'autres antibiotiques de la famille des macrolides peut être observée. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Ce médicament contient du saccharose. Son utilisation est déconseillée chez les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déicit en sucrase/isomaltase. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable.

JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Ce médicament contient du sodium. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol par dose de 5 kg soit 5 ml de suspension buvable, c'est-à-dire «sans sodium». JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol par dose de 10 kg soit 5 ml de suspension buvable, c'est-à-dire «sans sodium» JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Le taux de sodium est inférieur à 1 mmol par dose de 20 kg soit 5 ml de suspension buvable, c'est-à-dire «sans sodium» JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Ce médicament contient du parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle et peut provoquer des réactions allergiques (éventuellement retardées). **INTERACTIONS AVEC D'AUTRES MEDICA- MENTS ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS: Associations contre-indiquées: + Dihydroergotamine:** Ergotisme avec possibilité de nécrose des extrémités (inhibition de l'élimination hépatique de l'alcaloïde de l'ergot de seigle). **+ Ergotamine:** Ergotisme avec possibilité de nécrose des extrémités (diminution de l'élimination hépatique de l'ergotamine). **+ Cisapride:** Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes. **+ Pimozide:** Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes. **+ Ivabradine:** Augmentation des concentrations plasmatiques de l'ivabradine et par conséquent de ses effets indésirables (inhibition deson métabolisme hépatique par la josamycine). **+ Colchicine:** Augmentation des effets indésirables de la colchicine, aux conséquences potentiellement fatales. **Associations déconseillées: + Ebastine:** Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire chez les sujets prédisposés(syndrome du QT long, congénital). **+ Alcaloïdes de l'ergot de seigle dopaminergiques (bromocriptine, cabergoline, lisuride, pergolide):** Augmentation des concentra- tions plasmatiques du dopaminergique avec accroissement possible de son activité ou apparition de signes de surdosage. **+ Triazolam:** Quelques cas de majoration des effets indésirables (troubles du comportement) du triazolam ont été rapportés. **+ Halofantrine**: Risque majoré de troubles du rythme ventriculaire, notamment de torsades de pointes. Si cela est possible, interrompre le macrolide. Si l'association ne peut être évitée, contrôle préalable du QT et surveillance ECG monitorée. **+ Disopyra-mide:** Risque de majoration des effets indésirables du disopyramide: hypoglycémies sévères, allongement de l'intervalle QT et troubles du rythme ventriculaire graves, notamment à type de torsade de pointes. Surveillance clinique, biologique et électrocardiogra- phique régulière. **+ Tacrolimus:** Augmentation des concentrations sanguines de tacrolimus et de la créatininémie, par inhibition du métabolisme hépatique du tacrolimus par la josamycine. **Associations faisant l'objet de précautions d'emploi: + Carbamazépine:** Augmentation des concentrations plasmatiques de carbamazépine avec signes de surdosage,par diminution de son métabolisme hépatique. Surveillance clinique et, si besoin, dosage plasmatique et réduction éventuelle de la posologie de la carbamazépine. **+ Ciclosporine:** Risque d'augmentation des concentrations sanguines de ciclosporine et de la créatininémie. Dosage des concentrations sanguines de la ciclosporine, contrôle de la fonction rénale et adaptation de la posologie pendant l'association et après l'arrêt du macrolide. **+ Antivitamines K:** Augmentation de l'effet de l'antivitamine K et du risque hémorragique. Contrôle plus fréquent de l'INR. Adaptation éventuelle de la posologie de l'antivitamine K pendant le traitement par le macrolide et après son arrêt. **+ Sildénail:** Augmentation desconcentrations plasmatiques de sildénail, avec risque d'hypotension. Débuter le traitement par sildénail à la dose minimale en cas d'association avec la josamycine. **Associations à prendre en compte: + Théophylline (et, par extrapolation, aminophylline):** Risque d'augmentation de la théophyllinémie, particulièrement chez l'enfant. Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INR: De nombreux cas d'augmentation de l'activité des antivitamines K ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il apparaît difícile de faire la part entre la pathologie infectieuse et son traitement dans la survenue du déséquilibre de l'INR. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées: il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT: JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé, **Grossesse:** L'information sur l'utilisation de la josamycine pendant la grossesse est limitée. Les données chez l'animal ne mettent pas en évidence d'effets tératogènes ou de retard de développement aux doses thérapeutiques. L'utilisation de ce produit doit être envisagée chez la femme enceinte ou susceptible de l'être seulement si le bénéice thérapeutique attendu prime sur les risques éventuels. Allaitement: Le passage de la plupart des macrolides dans le lait maternel est documenté, avec des concentrations dans le lait égales ou supérieures aux concentrations plasmatiques. Cependant, les quantités ingérées par le nouveau-né restent faibles au regard des posologies pédiatriques. Le risque majeur consiste en une modiication de la flore intestinale de l'enfant. En conséquence, l'allaitement est possible. En cas de survenue de troubles digestifs chez le nourrisson (candidose intestinale, diarrhée), il est nécessaire d'interrompre l'allaitement (ou le médicament). En cas de prise de cisapride chez le nouveau-né ou le nourrisson allaité, l'administra- tion de macrolides à la mère est contre-indiquée par mesure de prudence, enraison du risque potentiel d'interaction chez l'enfant (torsades de pointes). **EFFETS INDESIRABLES: Troubles gastro-intestinaux:** Nausées, vomissements, gastralgies, diarrhée, douleurs abdominales, colite pseudomembraneuse. JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: stomatite (fréquence indéterminée). **Affections de la peau et du tissus sous-cutané:** Eruption érythémateuse ou maculopapuleuse, érythème multiforme, dermatose bulleuse, syndrome de Stevens-Johnson, syndrome de Lyell. **Affections du système immunitaire:** •Réactions d'hypersensibilité à type de prurit, urticaire, oedème de la face, oedème de Quincke (angioedème), gêne respiratoire, réaction et choc anaphylactique; •Maladie sérique. **Affections hépatobiliaires:** Augmentation de s transaminases et phosphatases alcalines, ictère, hépatite cholestatique ou hépatite cytolytique. **Affections vasculaires:** Purpura, vascularite cutanée. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** Diminution de l'appétit (fréquence indéterminée). Déclaration des effets indésirables suspectés: La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance - Site internet: www.ansm.sante.fr. **SURDOSAGE:** Un surdosage avec la josamycine peut entraîner des troubles gastro-intestinaux tels que nausées et diarrhées, et doivent être traités en conséquence. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES - Propriétés pharmacodynamiques:** Classe pharmacothérapeutique: **ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE,** Code ATC: **J01FA07.** Antibiotique antibactérien de la famille des macrolides. **SPECTRE D'ACTIVITE ANTIBACTERIENNE:** Les concentrations critiques séparent les souches sensibles des souches de sensibilité intermédiaire et ces dernières, des résistantes: S<1 mg/l et R > 4 mg/l. La prévalence de la résistance acquise peut vari er en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'informations sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Ces données ne peuvent apporter qu'une orientation sur les probabilités de la sensibilité d'une souche bactérienne à cet antibiotique. Lorsque la variabilité de la prévalence de la résistance acquise en France (> 10%) (valeurs extrêmes) est connue pour une espèce bactérienne, elle est indiquée ci-après: **ESPÈCES SENSIBLES: Aérobies à Gram positif:** Bacillus cereus, Corynebacterium diphtheriae, Entérocoques [50 - 70 %], Rhodococcus equi, Staphylococcus méti-S, Staphylococcus méti-R * [70 - 80 %], Streptococcus B, Streptococcus non groupable [30 - 40 %], Streptococcus pneumoniae [30 - 32 %], Streptococcus pyogenes; **Aérobies à Gram négatif:** Bordetella pertussis, Branhamella catarrhalis, Campylobacter, Legionella, Moraxella; **Anaérobies:** Actinomyces, Bacteroides [30 - 60 %], Eubacterium, Mobiluncus Peptostreptococcus [30 - 40 %], Porphyromonas, Prevotella, Propionibacterium acnes; **Autres:** Borrelia burgdorferi, Chlamydia, Coxiella, Leptospires, Mycoplasma pneumoniae, Treponema pallidum. **ESPÈCES MODÉRÉMENT SENSIBLES** (in vitro de sensibilité intermédiaire): **Aérobies à Gram négatif:** Neisseria gonorrhoeae; **Anaérobies:** Clostridium perfringens; **Autres:** Ureaplasma urealyticum. **ESPÈCES RÉSISTANTES: Aérobies à Gram positif:** Corynebacterium jeikeium, Nocardia asteroïdes; **Aérobies à Gram négatif:** Acinetobacter, Entérobactéries, Haemophilus, Pseudomonas; **Anaérobies:** Fusobacterium; **Autres:** Mycoplasma hominis.

La josamycine possède une activité in vitro et in vivo sur Toxoplasma gondii. * La fréquence de résistance à la méticilline est environ de 30 à 50 % de l'ensemble des staphylocoques et se rencontre surtout en milieu hospitalier. **PROPRIETES PHARMACOCINETIQUES: Absorption:** Prise par voie orale, la josamycine est absorbée rapidement au niveau de la partie initiale de l'intestin grêle. **Distribution:** Le pic sérique est obtenu entre 1 et 4 heures après la prise orale. La concentration plasmatique maximale atteint 0,2 à 0,3 mg/l après absorption de 1 g de josamycine base et 0,3 à 0,4 mg/l après absorption de 1 g de propionate de josamycine. La pharmacocinétique de la josamycine après dose unique comme à l'équilibre montre une grande variabilité inter et intra individuelle. Ainsi, sa Cmax peut varier dans un rapport de 1 à 7 pour le propionate et de 1 à 10 pour la forme base. Le degré de variation est du même ordre pour l'AUC. La josamycine présente une très forte afinité tissulaire qui se traduit par une diffusion rapide vers les parenchymes notamment dans les poumons et les végétations adénoïdes. Les concentrations tissulaires sont élevées: après administration de 1 g de josamycine en doses multiples, les valeurs médianes atteignent 1,4 microgrammes/gramme pour une moyenne de 3,4 microgrammes/gramme dans le parenchyme pulmonaire, et de 0,7 microgrammes/gramme pour les valeurs médianes et moyennes comparables dans les végétations adénoïdes. Il faut noter une pénétration de la josamycine dans la plupart des tissus et milieux biologiques tels que les sinus, la prostate, les amygdales, les sécrétions bronchiques, le pus de l'oreille, la salive, la sueur et les larmes. Les macrolides pénètrent et s'accumulent dans les phagocytes (polynucléaires neutrophiles, monocytes, macrophages péritonéaux et alvéolaires). Les concentrations intra-phagocytaires sont élevées chez l'homme. Ces propriétés expliquent l'activité de la josamycine sur les bactéries intracellulaires. Le passage transplacentaire de la josamycine est faible. La josamycine diffuse très bien dans le lait maternel avec un rapport lait maternel/plasma de 100 %. La josamycine ne diffuse pas dans le liquide céphalo-rachidien. La liaison aux protéines plasmatiques est de l'ordre de 15 %. **Biotransformation:** La biotransformation s'effectue au niveau du foie et ne concerne que 40 à 50 % de la josamycine absorbée. Les 2 principaux métabolites, qui sont des métabolites hydroxylés, conservent la même activité bactériologique sur le plan qualitatif. Excrétion: L'élimination est principalement digestive: bile et fèces pour 90 % environ. L'élimination urinaire est très faible (<10 %). La demi-vie d'élimination est de l'ordre de 2 heures. **DONNEES DE SECURITE PRECLINIQUES:** Lors de l'administration chez des souris et des rates gravides, une augmentation des morts foetales et un retard de développement ont été rapportés à des doses élevées (3,0 g/kg/jour) chez la souris. Dans des études chez des souris et des rates portant sur l'administration de propionate de josamycine au cours de l'organogénèse, un ralentissement de la prise de poids et une splénomégalie ont été rapportés à des doses élevées (2,0 g/kg/jour) chez la souris femelle gravide. **DONNEES PHARMACEUTIQUES: Liste des excipients:** JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Mannitol, citrate trisodique 2H2O, hydroxypropylcellulose, cellulose microcristalline/carmellose (AVICEL RC), parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, arôme fraise en poudre (citrate d'éthyle; propylèneglycol; butyrate d'éthyle; hexène-3-ol-1; acide propionique; cinnamate de méthyle; acide acétique; maltol; vanilline; acide méthylbutyrique; caproate d'éthyle; décalactone; maltodextrine), diméticone (rhodorsil 70451), sucre glace. JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: canthaxantine à 10 % hydrosoluble. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: béta-carotène à 10 % hydrosoluble. Teneur en saccharose: JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 0,82 g par dose de 5 kg soit 5 ml de suspension buvable. JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 0,63 g par dose de 10 kg soit 5 ml de suspension buvable. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 0,82 g par dose de 20 kg soit 5 ml de suspension buvable. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: Amidon de maïs, carboxyméthylamidon sodique, cellulose microcristalline, polysorbate 80, povidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, talc, hypromellose, macrogol 6000, dioxyde de titane (E171).

DUREE DE CONSERVATION: JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 5 ans. Après reconstitution, la durée de conservation de la suspension est de 7 jours. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: 5 ans. **PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION:** JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable, JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Flacon non-ouvert: Pas de précautions particulières de conservation. Pour les conditions de conservation du médicament reconstitué, voir rubrique «Durée de conservation». JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: Pas de précautions particulières de conservation. **NATURE ET CONTENU DE L'EMBALLAGE EXTERIEUR:** JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 15 g en flacon (verre) correspondant à 60 ml de suspension reconstituée avec une seringue pour administration orale. JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 15 g en flacon (verre) correspondant à 60 ml de suspension reconstituée avec une seringue pour administration orale. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 20 g en flacon (verre) correspondant à 60 ml de suspension reconstituée avec une seringue pour administration orale. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: 20 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/Aluminium). **PRECAUTIONS PARTICULIERES D'ELIMINATION ET DE MANIPULATION:** Pas d'exigences particulières. Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur. **TITULAIRE DE LA DECISION D'ENREGISTREMENT:** ASTELLAS PHARMA S.A.S. 26 Quai Michelet 92 300 Levallois-Perret. Tél Information médicale (Numéro Vert): 0 800 008 619 - Tél Standard et Pharmacovigilance: 01 55 91 75 00. Fax: 01 55 91 75 69.

NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE: JOSACINE® 125 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Décision d'enregistrement: 14/99/ 13 E 188 /374: 15 g en flacon (verre) correspondant à 60 ml de suspension reconstituée + seringue pour administration orale.

JOSACINE® 250 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: Décision d'enregistrement: 14/99/ 13 E 189 /374: 15 g en flacon (verre) correspondant à 60 ml de suspension reconstituée + seringue pour administration orale. JOSACINE® 500 mg/5 ml, granulés pour suspension buvable: 14/99/ 13 E 190 /374: 20 g en flacon (verre) correspondant à 60 ml de suspension reconstituée avec seringue pour administration orale. JOSACINE® 500 mg, comprimé pelliculé: Décision d'enregistrement: 14/99/ 13 E 202 /374: 20 comprimés sous plaquettes thermoformées (PVC/aluminium).

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE: Liste I. Médicament soumis à prescription médicale.

Dermocorticoïdes

Par le Dr. Belkacem Ali Ouramdane

I- INTRODUCTION

Utilisés en dermatologie depuis 1950, les dermocorticoïdes représentent une partie non négligeable de l'arsenal thérapeutique en dermatologie, de par leur effet antiinflammatoire et antiprolifératif.

Il existe trois générations de dermocorticoïdes:

- Hydrocortisone et dérivés: 1ère molécule
- Les composés halogénés (fluorés, ou chlorés)
- Les composés non fluorés

II. PROPRIÉTÉS:

Anti inflammatoire: vasoconstriction, avec diminution de l'érythème et de l'œdème;

Antimitotiques (antiprolifération): sur tous les composants cellulaires de la peau, à l'origine d'effets indésirables locaux;

Immunosuppressives:

- inhibition de la migration des leucocytes, lymphocytes
- inhibition de la phagocytose.

III. PHARMACOCINÉTIQUE:

A. Biodisponibilité cutanée

La pénétration, dans les différentes couches de la peau, dépend de plusieurs facteurs:

Facteurs liés aux dermocorticoïdes:

- Lioposulubilité
- Concentration
- Nature de l'excipient
- Présence d'adjuvants

Facteurs liés à la peau:

- Altération de l'épiderme
- Degré d'hydratation
- Site anatomique
- Âge du patient
- Température cutanée

B. Effet réservoir:

Après application locale, il y aura une formation d'un réservoir dans la couche cornée, puis pénétration dans l'épiderme et le derme de façon continue: effet réservoir

C. Tachyphylaxie:

Résistance de la dermatose aux corticoïdes, après applications prolongées et ininterrompues, alors que les effets secondaires persistent et s'aggravent.

IV. CLASSIFICATION:

Ils sont classés en 04 niveaux d'activité, selon les tests de vasoconstriction cutanée:

V. MODALITÉS DE PRESCRIPTION:

Prescrire un dermocorticoïde impose un certain nombre de précautions:

- Poser l'indication
- Choisir le niveau d'activité
- Choisir la forme galénique
- Respecter les règles posologiques.

A. Choisir le niveau d'activité

Le niveau d'activité sera fonction:

Âge: chez l'enfant et le sujet âgé, l'absorption est supérieure, du fait d'un rapport surface corporelle /poids élevé

Siège: L'absorption est importante au niveau du cuir chevelu, visage, plis, grandes lèvres, scrotum (III, IV). Par contre, moindre au niveau palmo-plantaire (I, II) et même sur les lésions limitées.

État de la couche cornée (absorption augmentée sur peau lésée).

B. Choix de la forme galénique

Le choix de la forme galénique dépend de l'aspect de la lésion et son siège

- *Les pommades:* rréservées aux lésions très sèches, hyper-kératosiques et lichénifiées
- *Crèmes et gels:* cosmétiquement très agréables, plus faciles à étaler sur les grandes surfaces, adaptées aux lésions suintantes et aux plis
- *Lotions:* utilisées pour le traitement des zones pileuses.

C. Respect des règles posologiques

- *Traitement d'attaque:* compte tenu de l'effet réservoir et de la tachyphylaxie, le dermocorticoïde doit être appliqué 1 fois/jour; voire, deux applications/jour, en cas d'altération de la couche cornée, pour une durée la plus brève possible.
- Arrêter progressivement, en espaçant les applications tous les deux jours, puis tous les trois jours, ou substituer une classe d'activité plus faible; surtout, dans les dermatoses chroniques.
- *Prudence sur les zones fragiles:* visage, plis, paupières.
- Chez l'enfant, éviter la classe I, jamais de corticoïdes fluorés, ou sous occlusifs.
- L'utilisation sous occlusion est réservée aux dermatoses localisées hyperplasiques, ou hyper-kératosique.

VI. INDICATIONS:

Les indications sont extrêmement variables:

Dans certaines dermatoses, la corticothérapie locale constitue l'indication de choix; dans d'autres, elle constitue une alternative possible. Par contre, il y a quelques indications particulières, par l'inconstance des résultats, ou par le risque d'effets secondaires.

Classe I	Activité très forte	Clobétasol sous forme de dipropionate 0,05%
Classe II	Activité forte	Hydrocortisone acéponate 0,127% Hydrocortisone 17 butyrate Bétamétasonedipropionate 0,05% Furoate de mométasone Bétamétasone 0,1% Valérate de bétamétasone 0,1% Déxamétasone 0,05% Dipropionate de bétaméthasone 0,05%
Classe III	Activité modérée	Désonide 0,1%
Clase IV	Activité faible	Hydrocortisone Acétate d'hydrocortisone

Indication de choix, ou privilégiée:

▸ *Eczéma de contact*

▸ *Dermatite atopique*

▸ *Névrodermite*

▸ *Piqures d'insectes*

▸ *Lichen plan*

▸ *Dysidrose*

▸ *Psoriasis en plaques*

Indications alternatives, ou possibles:

▸ *Lupus érythémateux chronique*

▸ *Para psoriasis*

▸ *Dermatoses bulleuses auto-immunes*

Indications particulières:

▸ *Granulome annulaire*

▸ *Pelade*

▸ *Morphée (sclérodermie localisée)*

▸ *Sarcoïdose*

VII. CONTRE-INDICATIONS:

▸ *Dermatoses virales: herpès*

▸ *Dermatoses bactériennes: impétigo*

▸ *Dermatoses mycosiques: dermatophyte*

▸ *Acné*

VIII. EFFETS SECONDAIRES

Ils sont d'autant plus marqués qu'il s'agit d'un dermocorticoïde puissant, utilisé de façon prolongée. Ils peuvent être considérablement réduits, si les règles d'utilisation sont respectées.

A. Effets secondaires locaux:

Apparaissent au niveau du site d'application:

- Atrophie dermo-épidermique,
- Dermite péri-orale,
- Vergetures,
- Télangiectasies,
- Troubles pigmentaires, à type d'hypo-mélanose circonscrite,
- Hypertrichose,
- Dermite péri-orale,
- Acné induite,
- Aggravation d'une rosacée,
- Infections (folliculite),
- Granulome glutéal, chez le nourrisson,
- Cataracte,
- Glaucome.

B. Effets secondaires systémiques:

Ils sont rares, conséquences d'un passage systémique du corticoïde. Ce risque est possible, si le dermocorticoïde est puissant, appliqué sous occlusion, sur des zones où la pénétration est élevée; ou bien, lorsque la période est prolongée, surtout chez l'enfant et le sujet âgé.

IX. CONCLUSION

Les dermocorticoïdes représentent une arme thérapeutique irremplaçable, dans la prise en charge de nombreuses dermatoses; surtout, inflammatoires.

Leur prescription impose le respect de certaines règles:

- Respect de la classe, selon l'âge et la topographie;
- La durée doit être la plus brève possible et l'arrêt doit être progressif;
- Surveillance des effets secondaires.

Dr Belkacerm Ali Ouramdane,
Maître-assistant en dermatologie,
CHU de Tizi-Ouzou.

Orbénine®

cloxacilline 500 mg

30 ans d'expérience VILLE - HÔPITAL

SOIGNEZ CIBLÉ

Efficace sur Staphylocoques et/ou Streptocoques sensibles[a]

Tolérance établie[b]

Simplicité d'emploi : 1 gélule = 10 kg de masse corporelle[c]

Toute prescription d'antibiotique a un impact sur les résistances bactériennes. Elle doit être justifiée.

[a] Se référer aux indications ci-dessous et au RCP. [b] Se référer aux effets indésirables et au RCP. [c] 50 mg/kg/j en 3 prises par jour, sans dépasser 3 à 4 g/jour. La prise de gélule est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 6 ans, car elle peut entraîner une fausse route.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES : ORBENINE® 500 mg gélule est indiqué chez l'adulte et chez l'enfant dans le traitement des infections cutanées peu sévères dues aux staphylocoques et/ou aux streptocoques sensibles, relevant d'un traitement oral d'emblée. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens.

astellas
Leading Together

DENOMINATION DU MEDICAMENT: ***ORBENINE 500 mg, gélule.*** **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:**Cloxacilline sodique monohydrate, Quantité correspondant à cloxacilline base 500 mg pour une gélule. Ce médicament contient du sodium.**FORME PHARMACEUTIQUE** Gélule. **Indications thérapeutiques:** ORBENINE 500 mg gélule est indiqué chez l'adulte et chez l'enfant dans le traitement des infections cutanées peu sévères dues aux staphylocoques et/ou aux streptocoques sensibles relevant d'un traitement oral d'emblée. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. **Posologie:**La posologie dépend du poids corporel, de la fonction rénale et/ou de la fonction hépatique du patient. *Adulte*: •*Chez le sujet à fonction rénale normale:*50 mg/kg/jour en 3 prises journalières, sans dépasser 3 à 4 g/jour.• *Insuffisant renal:*o Clairance de la créatinine > 30 ml/min: pas d'adaptation posologique;o Clairance de la créatinine < 30 ml/min: diminution de moitié de la posologie journalière.• *Insuffisant hépatique:* Si association d'une insuffisance hépatique à une insuffisance rénale quel que soit le degré de l'insuffisance rénale: diminution de moitié de la posologie journalière. *Enfant:* •*Chez le sujet à fonction rénale normale:* 50 mg/kg/jour en 3 prises journalières, sans dépasser 3 à 4 g/jour. La posologie chez l'enfant en insuffisance rénale et/ou hépatique n'a pas été étudiée. **Mode d'administration:** VOIE ORALE, Ce médicament doit être pris de préférence une demi-heure avant les repas. Les gélules doivent être avalées sans les ouvrir, avec un verre d'eau. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la cloxacilline, aux autres antibiotiques de la famille des bêta-lactamines (pénicillines et céphalosporines) ou à l'un des excipients. **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi:**La prise de gélule est contre-indiquée chez l'enfant de moins de 6 ans, car elle peut entraîner une fausse route. La survenue de toute manifestation allergique impose l'arrêt du traitement et la mise en place d'un traitement adapté. Des réactions d'hypersensibilité (anaphylaxie) sévères et parfois fatales ont été exceptionnellement observées chez des malades traités par les bêta-lactamines. Leur administration nécessite donc un interrogatoire préalable. Devant des antécédents d'allergie typique à ces produits, la contre-indication est formelle. L'allergie aux pénicillines est croisée avec l'allergie aux céphalosporines dans 5 à 10 % des cas. Ceci conduit à proscrire les pénicillines lorsque le sujet est un allergique connu aux céphalosporines. Des colites pseudo-membraneuses ont été rapportées avec pratiquement tous les antibiotiques, y compris la cloxacilline. Ce diagnostic doit être évoqué chez les patients ayant une diarrhée persistante et/ou sévère pendant ou après le traitement antibiotique. Dans cette situation, des mesures thérapeutiques adéquates doivent être initiées immédiatement. Un arrêt du traitement antibiotique doit être envisagé. Les médicaments inhibant le péristaltisme sont contre-indiqués dans cette situation. En cas d'insuffisance rénale, une adaptation posologique est requise si la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/ml. En cas d'insuffisance hépatique associée à une insuffisance rénale quel que soit le degré de l'insuffisance rénale, une adaptation posologique est requise. L'administration de fortes doses de pénicillines M chez l'insuffisant rénal ou chez les patients présentant des facteurs prédisposants tels que des antécédents de convulsions, épilepsie traitée ou atteintes méningées peut exceptionnellement entraîner des troubles neurologiques. Ce médicament ne doit généralement pas être utilisé en association avec le méthotrexate. Ce médicament contient du sodium. Ce médicament contient 2,3 mmol (52,8 mg) de sodium par gramme de cloxacilline (soit 26,4 mg de sodium par gélule dosée à 500 mg). A prendre en compte chez les patients suivant un régime hyposodé strict. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions:** ***Associations déconseillées*****: + Méthotrexate** Augmentation des effets et de la toxicité hématologique du méthotrexate: inhibition de la sécrétion tubulaire rénale du méthotrexate par les pénicillines. **Problèmes particuliers du déséquilibre de l'INR:** De nombreux cas d'augmentation de l'activité des anticoagulants oraux ont été rapportés chez des patients recevant des antibiotiques. Le contexte infectieux ou inflammatoire marqué, l'âge et l'état général du patient apparaissent comme des facteurs de risque. Dans ces circonstances, il apparaît difficile de faire la part entre la pathologie infectieuse et son traitement dans la survenue du déséquilibre de l'INR. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont davantage impliquées: il s'agit notamment des fluoroquinolones, des macrolides, des cyclines, du cotrimoxazole et de certaines céphalosporines. **Grossesse et allaitement:** - *Grossesse*: L'utilisation de la cloxacilline peut être envisagée si besoin au cours de la grossesse, quel qu'en soit le terme. En effet, les données cliniques sur un nombre limité de patientes et les données animales n'ont pas mis en évidence d'effet malformatif ou fœtotoxique. - *Allaitement:* Le passage des pénicillines dans le lait maternel est faible, et les quantités ingérées très inférieures aux doses thérapeutiques néonatales. En conséquence, l'allaitement est possible en cas de prise de cet antibiotique.Toutefois, interrompre l'allaitement (ou le médicament) en cas de survenue de diarrhée, de candidose ou d'éruption cutanée chez le nourrisson. **Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines:** Sans objet. **Effets indésirables:** *Affections du système immunitaire*: Urticaire, œdème de Quincke, exceptionnellement choc anaphylactique, éosinophilie.*Affections de la peau et du tissu sous-cutané:* Eruptions cutanées maculo-papuleuses d'origine allergique ou non. Cas isolés d'érythrodermie et de toxidermie bulleuse grave (érythème polymorphe, syndrome de Stevens Johnson, syndrome de Lyell). *Affections gastro-intestinales:* Nausées, vomissements, diarrhée. De rares cas de colite pseudo-membraneuse ont été rapportés. *Affections hépato-biliaires:* Augmentation rare et modérée des transaminases (ASAT et ALAT), exceptionnellement hépatite cholestatique. *Affections du système nerveux:* L'administration de fortes posologies de pénicillines M en particulier chez l'insuffisant rénal peut entraîner des encéphalopathies, troubles de la conscience, confusion, mouvements anormaux, myoclonies, crises convulsives. *Affections du rein et des voies urinaires:* Néphropathies interstitielles aiguës immunoallergiques. *Affections hématologiques et du système lymphatique:* Troubles hématologiques réversibles: anémie, thrombopénie, leucopénie, neutropénie et agranulocytose. *Troubles généraux:* Fièvre. **Surdosage:** Des manifestations de surdosage, neuropsychiques, rénales et digestives ont été rapportées avec les pénicillines M. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES:Propriétés pharmacodynamiques:** Classe pharmacothérapeutique: **PENICILLINES RESISTANTES AUX BETALACTAMASES**. Code ATC: **J01CF02.** La cloxacilline est un antibiotique de la famille des bêta-lactamines, du groupe des pénicillines du groupe M. **SPECTRE D'ACTIVITE ANTIBACTERIENNE** Concentrations critiques: Les concentrations minimales inhibitrices (CMI) critiques établies par l'European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST) sont présentées ci-dessous.

Concentrations critiques établies par l'EUCAST pour la cloxacilline (2010-04-27, v.1.1)		
Organismes	**Sensible (S) (mg/l)**	**Résistant (R) (mg/l)**
Staphylococcus aureus	≤ 2	> 2
Staphylococcus lugdunensis	≤ 2	> 2
Staphylocoques coagulase négative	≤ 0	> 0

La prévalence de la résistance acquise peut varier en fonction de la géographie et du temps pour certaines espèces. Il est donc utile de disposer d'information sur la prévalence de la résistance locale, surtout pour le traitement d'infections sévères. Si nécessaire, il est souhaitable d'obtenir un avis spécialisé principalement lorsque l'intérêt du médicament dans certaines infections peut être mis en cause du fait du niveau de prévalence de la résistance locale.

Classes
ESPÈCES HABITUELLEMENT SENSIBLES **Aérobies à Gram positif:** *Streptococcus pyogenes* **Anaérobies:** *Clostridium perfringens*
ESPECES INCONSTAMMENT SENSIBLES **(RESISTANCE ACQUISE ≥ 10%)** **Aérobies à Gram positif :** *Staphylococcus aureus* (1),

(+) La prévalence de la résistance bactérienne est ≥ 50 % en France.
(1) La fréquence de résistance à la méticilline est environ de 20 à 30 % chez *Staphylococcus aureus* et se rencontre surtout en milieu hospitalier. **Propriétés pharmacocinétiques**
Absorption: La cloxacilline est stable en milieu gastrique. Elle est bien absorbée par la muqueuse digestive (70 %). *Distribution:* • Après administration orale, les concentrations sanguines maximales sont obtenues au bout d'1 heure et sont proportionnelles à la dose administrée. Elles sont de l'ordre de 9 mg/l pour une dose de 500 mg. • Après injection intraveineuse de 2 g en perfusion de 20 minutes, le pic sérique obtenu dès la fin de la perfusion a une valeur de 280 mg/l. • La demi-vie est de l'ordre de 45 minutes chez les patients aux fonctions rénales normales. • La liaison aux protéines plasmatiques est de l'ordre de 90 %. • La cloxacilline diffuse dans le liquide amniotique, le sang fœtal, le liquide synovial et le tissu osseux. *Biotransformation:* La cloxacilline est peu métabolisée. *Excrétion:*
Après administration par voie orale, la fraction non résorbée est éliminée par voie intestinale sous forme inactive. L'élimination de la fraction absorbée se fait sous forme active essentiellement par voie urinaire, et à 10 % par la voie biliaire.
Après administration par voie injectable, l'élimination est: – urinaire, sous forme active, en 6 heures, 70 à 80 % environ de la dose injectée. – biliaire, sous forme active, 20 à 30 % de la dose injectée. **Données de sécurité précliniqu**e: Sans objet. **DONNEES PHARMACEUTIQUES:** - *Liste des excipients:* Stéarate de magnésium. Enveloppe de la gélule: oxyde de fer jaune (E172), érythrosine, dioxyde de titane (E171), gelatine - *Incompatibilités:* Sans objet. - *Durée de conservation:* Plaquettes soudées à froid (Aluminium/Aluminium) : 18 mois. Film thermosoudé (Polyester/Aluminium/Polyéthylène) : 3 mois. - *Précautions particulières de conservation:* A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.*Nature et contenu de l'emballage extérieur:*16 gélules sous plaquettes soudées à froid (Aluminium/Aluminium). - *Précautions particulières d'élimination et de manipulation:* Pas d'exigences particulières.Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation en vigueur. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE: ASTELLAS PHARMA** 102-116, RUE VICTOR HUGO IMMEUBLE LE MALESHERBES 92300 LEVALLOIS PERRET FRANCE.**NUMERO DE DECISION D'ENREGISTREMENT:** 09/03/13G 250/ 374 **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** :Mai 2013 **DOSIMETRIE:** Sans objet. **INSTRUCTIONS POUR LA PREPARATION DES RADIOPHARMACEUTIQUES** Sans objet. **CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DELIVRANCE:** Liste I. **PRIX : 662,49 DZD** (500 mg, 16 gélules). Adulte et enfant de plus de 12 ans : Coût du traitement journalier maximum : **71,81 DZD à 311,24 DZD.** Remboursé Séc. Soc. à 80%. ***Prestamed, Site ENAED, Voie 118 Zone Industrielle de Oued Smar Alger-Algérie, Tél/Fax: +213 (0)21 514 008.**

Orbénine®
cloxacilline 500 mg

La campagne de vaccination, contre la grippe saisonnière, se poursuit jusqu'à mars prochain

La campagne de vaccination, contre la grippe saisonnière, se poursuivra jusqu'à mars prochain, a affirmé le Dr Fouzi Derar, chargé de la vaccination, au niveau de l'Institut Pasteur-Algérie.

Le virus de la grippe saisonnière s'est propagé "très tôt", cette saison; d'où, le "nombre important" de citoyen atteints en raison, notamment, a-t-il dit, des "conditions climatiques", appelant les malades chroniques, les personnes âgées et même les enfants à se faire vacciner contre la grippe; d'autant que l'opération se poursuit jusqu'à mars prochain.

La moitié des cas ayant contracté une grippe saisonnière, ces derniers mois, souffraient de problèmes respiratoires, tandis que les personnes décédées présentaient des maladies chroniques graves et n'avaient pas une immunité suffisante, pour résister au virus, a-t-il précisé.

Le spécialiste a, par ailleurs, estimé que les informations, rapportées par certains médias, sur de prétendus cas de décès, dus au virus de la grippe porcine, dans certaines régions du pays, "sont infondées".

Les doses de vaccin pour cette saison contiennent les explications nécessaires sur les caractéristiques de la grippe saisonnière, y compris le H1N1.

L'Algérie a importé, en septembre, 2 millions de doses de vaccin contre la grippe saisonnière, tandis que les établissements hospitaliers, les centres de santé et les pharmacies d'officine avaient entamé la campagne de vaccination, en octobre dernier ■

INFO

Une nouvelle méthode, pour maigrir?

Le Dr Jean-Michel Cohen propose une nouvelle méthode de régime.

Cette dernière repose sur 2 repas + 1 en-cas, pour une perte de poids saine et aux effets durables. Son livre "J'ai décidé de maigrir" s'appuie sur les dernières données scientifiques. Selon l'auteur, le rythme des 3 repas, par jour, ne correspond plus à la réalité du moment. Il est scientifiquement et historiquement vérifié que l'on peut s'alimenter sainement avec 2 repas, par jour et une collation: «**Oui, il est possible de se passer du petit-déjeuner, alors qu'on nous serine le contraire depuis des décennies. Et même de remplacer un repas de la journée, par un en-cas malin**» déclare le Dr Cohen. Le point fort de son programme est, sans aucun doute, un jeûne de 16 heures, conçu comme un joker minceur, à accomplir selon des règles précises, pour qu'il soit efficace, sans devenir contraignant.

Plus généralement, sa méthode, «**destinée à tous et à toutes, […], ne vous contraindra pas à manger, uniquement, de la viande blanche, seulement des graines, exclusivement du chou, de la soupe […]!**» explique le nutritionniste. Autrement dit, son régime repose sur la diversité !

Le Dr Cohen vous propose trois profils de régimes différents:

- Le profil sans petit déjeuner
- Le profil brunch, sans déjeuner
- Le profil dîner léger/collation du soir ■

La greffe utérine

comment faire ?

La transplantation utérine pourrait, aussi, bénéficier aux femmes, en rémission d'un cancer de l'utérus, ayant subi une ablation. Née sans utérus, une femme suédoise, greffée à l'âge de 36 ans, a accouché d'un petit garçon, à la fin du mois de septembre. Une première en Europe.

Retour sur ce tournant dans l'histoire de l'obstétrique, avec le Dr Olivier Graesslin, chef de service, gynécologue-obstétricien, au CHU de Reims et secrétaire général du Collège national des gynécologues et obstétriciens (CNGOF). En France, 1 femme sur 4 500 serait atteinte du syndrome de Rokitanski-Küster-Hauser. Lequel se traduit par l'absence d'utérus à la naissance. Jusqu'ici, aucune patiente affectée par cette pathologie n'avait réussi à devenir mère. Mais la récente avancée suédoise le prouve: ***«soigner l'infertilité d'origine utérine à partir de donneuse vivante ne relève pas de l'impossible»,*** souligne le Dr Olivier Graesslin. La greffe d'utérus a permis à cette femme de mener sa grossesse à terme, et de donner naissance à un enfant en bonne santé.

Dr Olivier Graesslin

LES ÉTAPES DE LA GREFFE UTÉRINE

Avant la naissance: La maman suédoise, âgée de 36 ans, a reçu l'utérus d'une donneuse vivante ménopausée de 61 ans. Au départ, la greffe a eu du mal à prendre. Quelques symptômes de rejet très légers ont été observés, mais ils n'ont pas empêché la fécondation. Un an s'est écoulé entre la greffe de l'organe et l'implantation de l'embryon.

Le Dr Matts Brännström (université de Gothenburg) a utilisé la technique de la procréation médicale assistée (PMA). ***«Les ovaires de la patiente étaient intacts, le sperme du mari, également. L'embryon a, donc, été conçu in vitro, avant d'être implanté dans l'utérus greffé»,*** nous décrit le Dr Graesslin.

A la naissance: L'accouchement a été déclenché par césarienne, après des complications survenues à la 31ème semaine d'aménorrhée. La pré-éclampsie, survenue chez la mère, a pu être favorisée par plusieurs facteurs: ***«elle n'avait qu'un seul rein, son âge était relativement avancé, pour avoir un enfant et les traitements antirejet sont connus, pour altérer l'immunité».*** Rien, cependant, ne confirme le lien entre la transplantation et ces complications. ***«Le risque de pré-éclampsie déclaré, chez la jeune mère, est très fréquent, chez les femmes enceintes»,*** confirme le Dr Olivier Graesslin; d'autant que le petit, né avant-terme, mais, en pleine forme, respirait et criait normalement, dès son premier souffle. Bébé de petite taille, il ne pesait, certes, que 1,775 kg. Mais, ce ***«poids est tout à fait normal, étant donné la prématurité du nourrisson»,*** souligne le Dr Graesslin.

PERSPECTIVES D'AVENIR ?

Plusieurs milliers de Françaises seraient dans l'attente d'une greffe utérine. Mais, combien de temps, après la ménopause, une femme pourrait-elle donner son utérus? Existe-t-il des contre-indications, pour bénéficier d'une greffe? Quelles relations entre la mère, la donneuse et l'enfant, sachant que les femmes pourraient bénéficier d'une greffe, issue d'un don de leur proche? Les transplantations, à l'international, seront-elles autorisées? Autant de questions, aujourd'hui, sans réponse. ***«Tous ces points restent à éclaircir.***

Le cadre de la loi, encadrant la transplantation de l'utérus, viendra avec le développement de cette technique, qui doit, encore, faire ses preuves, à grande échelle», confirme le Dr Graesslin. Sur ce point, six femmes, suivies par la même équipe suédoise du Dr Brannstrom, devraient bénéficier d'une greffe utérine, dans les mois à venir ■

Lutte anti-cancer

Dotation, prochaine, du CHU Oran de deux accélérateurs linéaires de radiothérapie

Le centre hospitalo-universitaire d'Oran (CHUO) sera doté, de deux accélérateurs linéaires de radiothérapie, au profit des malades cancéreux, a-t-on appris du directeur-général de cet établissement de santé.

Ces équipements, qui seront installés au service de radiologie, qui a bénéficié d'une opération d'extension et de réhabilitation, assureront une prise en charge à une centaine de personnes, atteintes du cancer, par jour, a indiqué Benali Bouhadjar, en marge des 16èmes journées du registre du cancer, ouvertes à Oran. Une fois ces appareils de haute technologie mis en service, les patients, soumis à une radiothérapie, pourront se présenter, munis d'une décision médicale et se faire traiter le jour même, sans prendre de rendez-vous - qui dépassaient, parfois, 45 jours -, a ajouté le même responsable, soulignant que l'objectif du CHU Oran est de réduire la durée des rendez-vous et par conséquent, épargner, au malade, une longue attente.

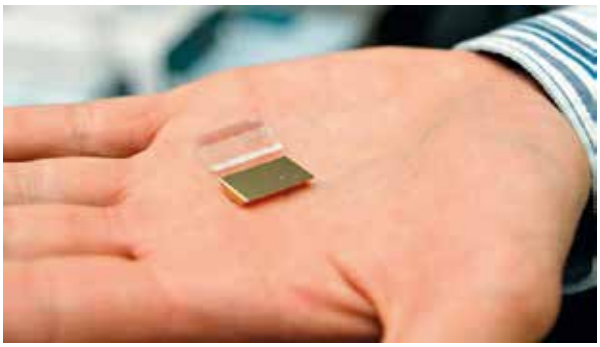
Ces acquis interviennent en application de la décision du ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, dans le cadre d'une action d'urgence, qui sera concrétisée en 2015, a, encore, souligné le directeur général du CHUO.

Pour sa part, le président du conseil scientifique du CHUO, le professeur Berrabah Yahia, a affirmé que l'acquisition d'un tel matériel "très coûteux" vise à "développer la santé, mieux prendre en charge les malades et permettre aux services de radiologie et d'oncologie et au laboratoire de recherche de cet établissement de devenir un pôle national de traitement du cancer".

Les 16èmes journées du registre du cancer visent à évaluer les résultats de l'opération de collecte des données, au titre du registre du cancer d'Oran et pour le réseau régional de l'Ouest, selon le professeur Fouatih Zoubir, chef de service épidémiologie et de médecine préventive, au CHUO. Organisée par le service d'épidémiologie et de médecine préventive du CHU d'Oran, la faculté de médecine et le laboratoire de contrôle du cancer, en collaboration avec les épidémiologistes de l'Ouest du pays, cette rencontre a pour objectif de mettre au point le registre du cancer, officialisé par le ministère de tutelle, a-t-il ajouté ■

Cancer

Vers un meilleur suivi des traitements



Aussi précis que les appareils classiques, un système miniature optique permet d'établir la dose optimale de méthotrexate, dont un patient, souffrant d'un cancer, a besoin.

Une avancée d'autant plus importante que ce traitement nécessite un dosage précis, afin d'éviter des effets secondaires, parfois graves. Le méthotrexate est utilisé depuis des années, pour prendre en charge certains cancers. S'il est particulièrement efficace contre les cellules cancéreuses, ce traitement peut, selon l'Université de Montréal, «s'avérer toxique et être dommageable, pour les cellules saines du patient. D'où, l'importance d'effectuer un suivi étroit des taux de concentration du médicament, dans le sang des personnes traitées, afin d'en régler le dosage». Jusqu'à aujourd'hui, ce suivi était réalisé en milieu hospitalier, à l'aide d'un appareil qui mesure la polarisation de la lumière, produite par la présence du médicament dans un échantillon. ***«Or, le fonctionnement de cet appareil repose sur une plateforme lourde, coûteuse et qui requiert du personnel expérimenté, en raison des nombreuses manipulations d'échantillons, qu'il nécessite»,*** explique le Pr Jean-François Masson de l'Université de Montréal.

SIMPLE ET PEU COÛTEUX

Avec sa collègue Joëlle Pelletier, ils ont mis au point une nouvelle technique, pour simplifier la mesure de la concentration du méthotrexate, chez les patients. Ils ont, ainsi, élaboré; puis, fabriqué un appareil miniaturisé intégrant un système optique, qui fonctionne par résonance plasmique de surface. Autrement dit, il permet de calculer la concentration du médicament dans le sang grâce à des nanoparticules d'or situées à la surface d'une languette réceptrice. La précision des mesures, prises par ce nouvel appareil, a été comparée avec celle fournie par l'ancien système. Et les tests ont été concluants: non seulement les mesures étaient aussi précises; mais, l'appareil mettait moins de 60 secondes à révéler les résultats, contre trente minutes, pour l'autre. Par ailleurs, il ne nécessite pas d'expertise particulière et coûte 10 fois moins cher ! A suivre... ■

Maladie d'Alzheimer

Accompagner aussi... les pharmaciens

Les patients, souffrant de la maladie d'Alzheimer, peuvent, aussi, s'appuyer sur les pharmaciens.

En France, plus de 850 000 patients souffrent de la maladie d'Alzheimer. Et en 2020, ce chiffre devrait approcher les 1,3 million. En raison des troubles de la mémoire provoqués par cette affection, il est essentiel d'accompagner les malades, dans la prise en charge médicamenteuse.

EXPLICATIONS

Si, dans l'Hexagone, environ 850 000 patients sont concernés par l'affection, cette dernière se répercute sur l'entourage. Au total, plus de 3 millions de Français seraient, directement, impliqués. Autant de personnes qui ont besoin de soutien, d'accompagnement et d'écoute. Les médecins généralistes et neurologues jouent un rôle-clef, dans le diagnostic et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Mais, ils ne sont pas les seuls. Le pharmacien, grâce à sa proximité avec les patients, peut participer au repérage des premiers symptômes et orienter vers une consultation médicale. Son rôle est, également, essentiel, dans le soutien, la dispensation, la prévention et l'accompagnement des patients et de leurs familles. Cette maladie est, en effet, lourde de conséquences, tant pour le patient que pour son entourage. Par ailleurs, les capacités de mémorisation et d'apprentissage étant altérées par la maladie, les patients ne suivent pas correctement leur traitement. Les spécialistes parlent, ainsi, d'inobservance. Et ceci, d'autant plus que les traitements sont complexes à mettre en place. C'est pourquoi la place du pharmacien, dans la prise en charge, est primordiale.

VERS UNE ÉDUCATION DES PHARMACIENS ET DES PATIENTS ?

Pour aider ces professionnels, ainsi que les patients, un laboratoire a mis au point un programme d'accompagnement, entièrement dédié à la maladie d'Alzheimer. Ce dernier est composé d'outils pratiques, pour le pharmacien et son équipe, afin d'améliorer la compréhension de la maladie et de ses traitements. Les pharmaciens pourront remettre à leurs patients un plan, pour le bon suivi du traitement et apporter des conseils personnalisés. Grâce à l'annuaire, ils pourront, également, les orienter vers les structures adaptées et proches de chez eux: associations, maisons d'accueil, centres de diagnostics, etc...

Ce programme d'accompagnement vise à enrichir les connaissances des pharmaciens et de leurs équipes. Il a, également, pour but de les aider à mieux suivre et accompagner les patients, dans la prise en charge de leur maladie. Cet outil novateur devrait, dans les prochaines années, être décliné pour d'autres affections ■

Intérêt de l'hydrodissection, dans la chirurgie des cholecystites aigues lithiasiques

Par le Dr M. H. Mebarek

Les cholécystectomies coelioscopiques (CC), pour cholécystites aigues lithiasiques (CAL), sont de réalisation difficile et grandes pourvoyeuses de conversion. Un opérateur entraîné et un matériel de qualité sont des facteurs importants, pour mener, à terme, l'intervention.
L'utilisation de l'hydrodissection (HD) nous a permis, au fil du temps, de réduire sensiblement le taux de conversion des CC, pour CAL.

DIAGNOSTIC DE CHOLECYSTITE AIGUE LITHIASIQUE:

Le diagnostic de CAL repose sur 3 types de signes: cliniques, biologiques et radiologiques.
L'examen de première intention, pour le diagnostic de CAL, est l'échographie abdominale. Les signes échographiques, en faveur de ce diagnostic, sont:

- Epaississement de la paroi vésiculaire (> 4 mm),
- Epanchement péri-vésiculaire,
- Douleur, au passage de la sonde, sur l'aire vésiculaire (signe de Murphy radiologique),
- Un ou plusieurs cônes d'ombre: image de calcul intra-vésiculaire.

CRITERES DE GRAVITE DES CAL

Ils ont été définis, en 2007, par la conférence de consensus de Tokyo.[1] Celle-ci a classé les CAL en fonction de leur gravité:

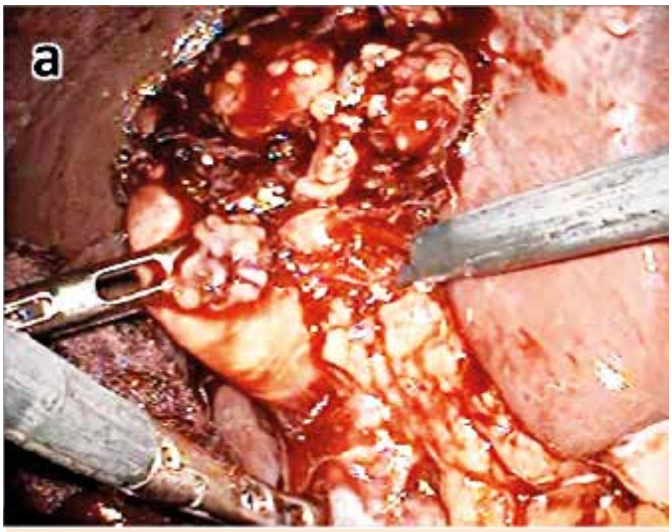
Cholécystite aiguë minime *(grade 1)*
Patients qui ont une CAL qui ne correspond pas aux critères des cholécystites aiguës, de gravité modérée ou sévère, décrits ci-dessous. Ces patients ne présentent pas de défaillance multi-viscérale; mais, uniquement, une inflammation modérée de la vésicule biliaire.

Cholécystite aiguë modérée *(grade 2)*
Patients qui présentent un ou des signes suivants:
1/ élévation des globules blancs (> 18000/mm3),
2/ masse palpable dans l'hypochondre droit,
3/ durée des signes cliniques de plus de 72h,
4/ péritonite biliaire localisée, abcès péri-vésiculaire, abcès hépatique, cholécystite gangréneuse, cholécystite emphysémateuse.

Cholécystite aiguë sévère *(grade 3)*
Patients qui présentent un ou des signes suivants:
1/ Troubles cardio-vasculaires (hypotension artérielle nécessitant un traitement par drogues dopaminergiques)
2/ Troubles neurologiques (diminution du niveau de conscience),
3/ Troubles respiratoires (ratio PaO2/FiO2 < 300),
4/ Troubles rénaux (oligurie, créatinine sérique > 20 mg/l),
5/ Troubles hépatiques (TP-INR > 1.5),
6/ Troubles hématologiques (nombre de plaquettes < 100000/mm3).
La gravité est majorée chez les personnes âgées, les diabétiques et les immunodéprimés.

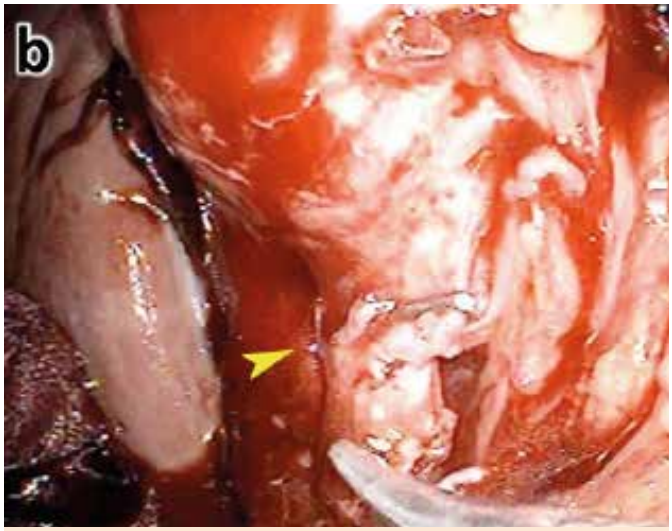
TACTIQUE OPERATOIRE DEVANT UNE CHOLECYSTITE AIGUE:

L'hydrodissection (HD) se définit par l'utilisation de sérum salé, propulsé par un irrigateur à haute pression, à travers une canule d'irrigation-aspiration, afin de créer des plans de clivage et d'améliorer la visibilité des éléments nobles facilitant, ainsi, la cholécystectomie.



CAL et canule d'irrigation

En pratique, après mise en place des trocarts et création du pneumopéritoine, l'exploration retrouve une vésicule souvent recouverte par le grand épiploon, parfois par l'angle colique droit et le duodénum. Ces adhérences sont, aisément, effondrées au sérum. La ponction vésiculaire, à l'aiguille de Veress [2], introduite en sous- costal droit, est le premier geste, afin de permettre la prise vésiculaire et un prélèvement de pus, pour étude bactériologique du liquide retiré, avec antibiogramme.
Lors de l'adhésiolyse péri-vésiculaire, l'utilisation du crochet coagulateur s'avère, souvent, dangereuse et doit être menée avec précaution.
Nous utilisons, à cet effet, le sérum salé sous pression, permettant de recréer les plans anatomiques absents, du fait de l'importance de l'inflammation et des saignements. Afin d'éviter que le champ opératoire ne soit inondé par le liquide injecté, le sérum est aspiré, au fur et à mesure.
On part, ensuite, à la recherche du jabot vésiculaire, clé de voûte de la cholécystectomie. Une fois fait, la région du triangle de Calot est exposée. Celle-ci est très inflammatoire et une pédiculite est, souvent, associée.
Un principe de base est de, toujours, rester au contact de la vésicule. On recherche le trajet du canal cystique et de la VBP (intérêt de la qualité HD de l'image), et on ouvre le mésocyste, en regard du canal cystique, au crochet coagulateur. On introduit, alors, la canule d'irrigation et on s'aide, à nouveau, de l'irrigation à forte pression, pour disséquer le triangle de Calot et exposer les éléments.
Il est rare de devoir utiliser l'électrocoagulation et on s'aidera,



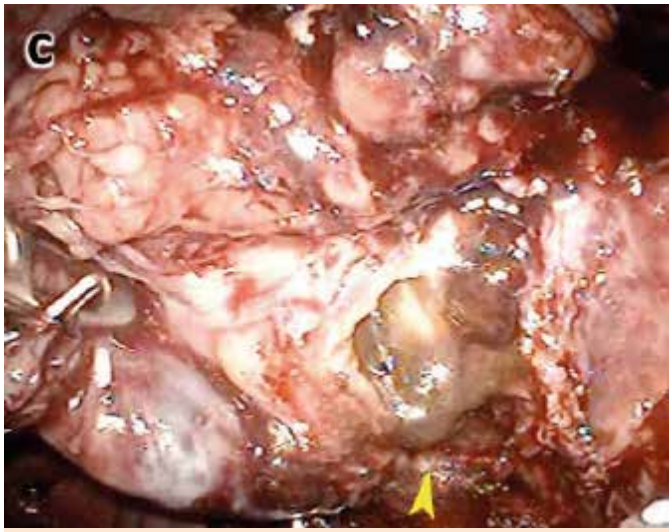
Artère cystique

Lit Vésiculaire

souvent, d'une simple mise à plat des différents plans fibreux à la canule d'irrigation, sous perfusion continue de sérum. Les saignements sont, souvent, limités et se tarissent rapidement. Une fois les deux éléments, canal et artère cystiques, individualisés, on tentera, avec douceur, de créer un plan de passage entre eux, à l'aide d'un palpateur mousse atraumatique, d'avant en arrière, faisant ainsi communiquer les deux faces (antérieure et postérieure) du triangle.

L'artère cystique est clipée, puis sectionnée, le canal étant, souvent, dilaté du fait de l'inflammation, nous le ligaturons au fil résorbable 2/0 (double ligature sur le versant cystique et une ligature simple sur le versant vésiculaire).

Lors du décollement vésiculaire, le péritoine vésiculaire est ouvert au crochet coagulateur et on s'efforce de retrouver le bon plan de clivage avasculaire. Une fois identifié, ce plan permet de décoller, tout simplement la vésicule, comme dans une cholécystectomie «à l'arraché».



Canal cystique

Si le plan est absent, on peut s'aider de l'hydro-dissection pour le recréer, décoller la vésicule, en abandonnant une partie ou la totalité de son versant hépatique et sa muqueuse électrocoagulée (cholécystectomie subtotale) [3] , ou en emportant le lit vésiculaire (Selon Glenn). L'hémostase sera, ensuite, assurée par la pince bipolaire.

La cholécystectomie est finie, la vésicule est mise dans un sac et extraite par l'orifice ombilical.

Vérification de l'hémostase et mise en place d'une lame de Delbet (sortant par l'orifice du trocart droit élargi).

DISCUSSION:

En pratique, la cholécystectomie est facilitée par la précocité du diagnostic et donc, de la prise en charge médicale (antibiothérapie, correction d'éventuels troubles biologiques etc.) et chirurgicale [4-5]. En effet, au stade d'hydro-cholécyste (grade 1), l'œdème et le dédoublement de la paroi vésiculaire facilitent la cholécystectomie. A contrario, les cholécystites gangreneuses, souvent sèches, sont d'un abord plus difficile, en raison de la nécrose et de la qualité friable ou, parfois, scléreuse des tissus. L'hydro-dissection trouve, ainsi, tout son intérêt

RESULTATS

- Dans notre série, de 2009 à 2013 nous avons opéré 155 CAL, dont 145 ont pu être menées à leur terme, par voie coelioscopique.
- Le délai moyen de prise en charge chirurgicale est de 26 h (4 – 48 h)
- La durée moyenne de la cholécystectomie était de 97 min (55-140 min)
- La procédure a été convertie chez 15 patients; soit, un taux de 10%, taux qui reste relativement faible, par rapport à la littérature où il varie de 7 à 60 %; la moyenne se situant autour de 20 %;
- Nous n'avons déploré aucune plaie biliaire;
- Une patiente a présenté un écoulement biliaire par le drain sous-hépatique, dû à un lâchage de clips, traité par sphinctérotomie endoscopique;
- Un patient, sous anticoagulants à doses curatives, a présenté un hémo-péritoine à J3 post-op. nécessitant une reprise chirurgicale sous cœlioscopie (toilette péritonéale et drainage)

CONCLUSION

Les CAL, diagnostiquées et prises en charge précocement, doivent bénéficier d'un abord coelioscopique de première intention, au regard du bénéfice post-opératoire indéniable.

La précocité du geste chirurgical, ainsi que l'utilisation de l'hydro-dissection, est une méthode sûre, qui nous a permis, dans la grande majorité des cas, de mener à terme la procédure coelioscopique, en facilitant la dissection des tissus et le repérage des éléments biliaires, réduisant le risque de lésions des voies biliaires au minimum.

Notre stratégie rejoint celle de nombreuses études préconisant une chirurgie précoce, dans les 3 jours suivant le début des troubles (4, 5), permettant de réduire le taux de conversion du simple au double et par la même, de la durée d'hospitalisation ■

Bibliographie

1) ***TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis.Takada*** *T[1], Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gomi H, Yoshida M, Mayumi T, Miura F, Gouma DJ, Garden OJ, Büchler MW, Kiriyama S, Yokoe M, Kimura Y, Tsuyuguchi T, Itoi T, Gabata T, Higuchi R, Okamoto K, Hata J, Murata A, Kusachi S, Windsor JA, Supe AN, Lee S, Chen XP, Yamashita Y, Hirata K, Inui K, Sumiyama Y; Tokyo Guidelines Revision Committee.1Department of Surgery, Teikyo University School of Medicine, 2-11-1 Kaga, Itabashi-ku, Tokyo, 173-8605, Japan. takada@med.teikyo-u.ac.jp . J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013 Jan*

2) ***Verres needle decompression of distended gallbladder to facilitate laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: a prospective study.*** *Lee KT[1], Shan YS, Wang ST, Lin PW. Department of Surgery, National Cheng Kung University Hospital, Institute of Clinical Medicine, College of Medicine, National Cheng Kung University, 138, Sheng-Li Road, Tainan 70428, Taiwan, ROC*

3) ***Subtotal Cholecystectomy for "Difficult Gallbladders": Systematic Review and Meta-analysis.*** *Elshaer M[1], Gravante G1, Thomas K1, Sorge R2, Al-Hamali S1, Ebdewi H[1]. [1]Department of Surgery, Kettering General Hospital, Kettering, England. [2]Department of Human Physiology, Laboratory of Biometry, University of Tor Vergata, Rome, Italy. JAMA Surg. 2014 Dec 30*

4) ***Acute Cholecystitis: Early Versus Delayed Cholecystectomy, A Multicenter Randomized Trial*** *Gutt CN, Encke J, Köninger J, et al Ann Surg. 2013;258:385-393*

5) ***Optimal Time for Early Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis*** *Syed Nabeel Zafar, MBBS, MPH[1]; Augustine Obirieze, MBBS, MPH1; Babawande Adesibikan, BSc2; Edward E. Cornwell III, MD[1]; Terrence M. Fullum, MD[1]; Daniel D. Tran, MD JAMA Surg. Published online December 17, 2014. doi:10.1001/jamasurg.2014.2339*

**** Docteurs M. H. Mebarek et H. F. Toumi***
Chirurgiens digestifs – Coeliochirurgie.
Chirurgie digestive et coeliochirurgie,
cité Garidi 2 Bt 97 Apt 6 - Kouba, Alger.
dmbmh@yahoo.fr

INFO

1700 greffons de cornée seront importés, en 2015

L'institut Pasteur d'Alger importera 1.700 greffons de cornée, en 2015, a annoncé le Dr. Zoulikha Semai, responsable à l'institut.

1700 personnes, de différents âges, nécessitent, actuellement, une greffe de la cornée, selon la liste établie par les différents établissements hospitaliers, spécialisés dans ce type d'opérations, a indiqué la responsable, dans une déclaration à l'APS, soulignant que l'institut Pasteur répondra à la demande exprimée par ces établissements, en important le nombre nécessaire de greffons de cornée, durant l'année en cours.

L'importation des greffons de cornée se fera en coordination entre l'Institut Pasteur d'Alger et l'entreprise américaine des banques de greffe et de transplantation d'organes, a-t-elle précisé. La commission, installée à cet effet, par le ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, a arrêté un calendrier, en coordination avec les établissements concernés, en vue de programmer les opérations de greffe de la cornée, en dehors des jours de vacances universitaires, pour favoriser la formation des étudiants de médecine, a fait savoir Mme Semai. Elle a, par ailleurs, salué le rôle des douanes algériennes, qui ont facilité la réception, le 22 décembre 2014, de plus d'une quarantaine de cornées, qui ont été greffées dans les délais, au niveau de plusieurs établissements hospitaliers, soulignant que cet organe est périssable, en cas de non-respect de la durée fixée pour la greffe.

La présidente de la Société algérienne d'ophtalmologie, le Pr. Ourida Ouhadj s'est félicitée de la reprise des opérations de greffe de la cornée, le 22 décembre dernier, après une interruption de deux ans, en permettant à huit CHU, à travers le territoire national (4 à Alger et 1 à Annaba, Blida, Tizi-Ouzou et Oran) de bénéficier de 6 cornées, chacun.

Les opérations de greffe se poursuivront normalement, après l'importation de greffons de cornée, en 2015, avec la programmation, au niveau des établissements spécialisés, d'une quarantaine d'opérations de greffe tous les 15 jours; soit, la greffe de 80 cornées par mois, au niveau de chaque établissement.

Concernant l'indisponibilité des greffons de cornée, en Algérie, Mme Ouhadj l'a imputée à l'indisponibilité des banque d'organes, de tissus et de cellules, prévues et annoncées par les pouvoirs publics.

Les opérations de greffe de la cornée se déroulaient, en Algérie, depuis les premières années de l'indépendance, à travers le prélèvement des cornées sur des cadavres, a-t-elle dit. Cependant, ces opérations exigent, actuellement, le respect de normes en vigueur, au niveau international; notamment, en soumettant, préalablement, les patients à plusieurs examens médicaux.

Entre 2000 et 2011, 5.000 à 6.000 opérations de greffe de la cornée ont été effectuées à travers le pays, avant l'interruption de l'importation des greffons. La cornée est la tunique antérieure et transparente de l'œil. Sa greffe permet de renouveler les tissus endommagés et de préserver le patient contre la cécité ■

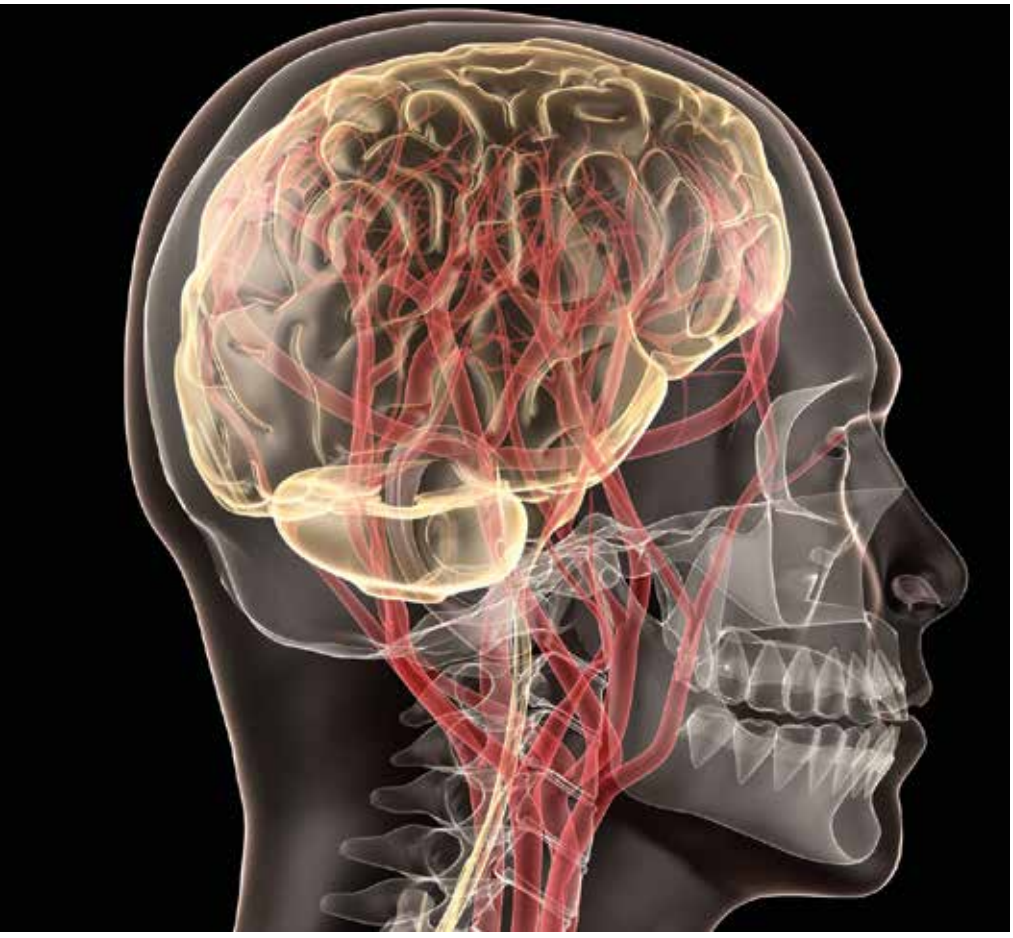
Pr Ourida Ouhadj

Traumatismes crâniens

leur méconnaissance peut être fatale

Toute lésion à la tête est une affaire sérieuse, puisque le cerveau, qui est le fondement de toute notre vie mentale, est contenu dans la tête, au niveau du crâne.
Les traumatismes crâniens sont fréquents. Leur principale cause est représentée par les accidents de la route; en particulier, chez les jeunes, chez qui ils constituent la première cause de mortalité. Malgré l'existence d'une prévention, qui peut être très efficace, dans le domaine routier (répression des comportements à risque: vitesse, alcool, téléphone portable, équipements de sécurité des véhicules et améliorations des infrastructures routières), les traumatismes crâniens sont responsables d'une mortalité importante et d'une morbidité très lourde. Les autres origines sont les chutes; en particulier; chez les enfants et les vieux, puis les accidents du travail et du sport, les accidents domestiques et les agressions. Par ailleurs, certaines personnes victimes d'un traumatisme crânien; initialement considéré comme bénin; peuvent s'aggraver avec le temps et développer des complications, responsables de leur décès, ou de séquelles lourdes.

Par **Sara Mohammedi**



Un traumatisme crânien:

Qu'est ce que c'est ?

Tout choc reçu à la tête, au niveau du crâne, est appelé traumatisme crânien, compliqué ou non de lésion du cerveau et peu importe la violence du choc: qu'on se cogne le crâne contre une porte, ou qu'on soit victime d'un accident de la route violent.

Les traumatismes crâniens, également qualifiés de traumatismes cranio-cérébraux, sont classés en trois catégories:

- La première regroupe les traumatismes, dits légers; c'est-à-dire, n'ayant pas occasionnés de perte, ou de trouble de conscience, ni de fracture du crâne.
- La seconde englobe les traumatismes modérés qui, eux, ont entraîné une perte, ou des troubles de conscience pendant plusieurs minutes, avec ou sans fracture du crâne.
- Enfin, les traumatismes sévères, qui engendrent un coma profond, d'emblée.

Traumatisme léger:

Quels signes ?

C'est un traumatisme bénin, caractérisé par l'absence de signes de gravité. Un traumatisme est, à priori, bénin lorsque la personne garde connaissance, ne vomit pas, reste orientée dans le temps et l'espace, peut répondre aux questions, ne présente pas de plaies. Parfois, une surveillance d'environ 48h est indiquée; surtout, si le choc était violent, ou si la personne a présenté une amnésie (perte de la mémoire, caractérisée par l'impossibilité à évoquer les faits contemporains au traumatisme).

Traumatisme modéré:

Ne pas se fier aux apparences

Dû à un traumatisme de faible énergie: accident de la voie publique à faible vitesse, chute, agression. Les traumatismes modérés s'accompagnent, toujours, de troubles de conscience; d'où, l'indication à la réalisation d'un scanner, en urgence; lui seul permet de préciser la nature des lésions, qui peuvent être intra-cérébrales (contusion) ou extra-cérébrales (hématome extra-ou sous-dural aigu).

- *Contusion cérébrale:* c'est une destruction du tissu nerveux s'accompagnant, généralement, de petits hématomes, œdème et parfois

nécrose. ces contusions, le plus souvent, n'entraînent pas d'atteintes neurologiques graves; mais, seulement, quelques troubles du comportement, souvent réversibles. N'empêche, une hospitalisation en milieu spécialisé est nécessaire; car, dans de rares cas, les lésions peuvent s'aggraver et entraîner une détérioration neurologique, souvent brutale, qui nécessite une intervention chirurgicale, en urgence.

▸ *Hématome extradural:* ce grand classique est, en fait, assez rare, résultant d'un coup sur le côté de la tête et souvent, associé à une fracture du crâne. Il s'agit d'une collection de sang entre la voûte du crâne et la dure-mère (dernier feuillet externe des méninges, située juste au-dessous du crâne, rigide, ayant pour but de protéger l'ensemble du système nerveux). Juste après le choc, la personne perd connaissance de façon brève; puis, retrouve une conscience normale. Quelques heures plus tard, apparaissent des maux de tête, des troubles de la conscience (somnolence; voire, coma), parfois une hémiplégie (paralysie de la moitié du corps). Ces signes témoignent d'une augmentation de la pression à l'intérieur du crâne, ce qui constitue une urgence. L'évolution vers un coma profond et la mort cérébrale sont inéluctables, en l'absence de traitement neurochirurgical.

▸ *Hématome sous-dural aigu:* c'est une collection de sang dans le crâne, à l'intérieur des méninges. Il est, le plus souvent, associé à des lésions diffuses du cerveau, lors de traumatismes violents (accident de la voie publique, chute de plusieurs mètres). Aussitôt, des troubles de la conscience (somnolence, coma) et des signes neurologiques (paralysie, etc.) apparaîssent. L'évolution sera, soit stationnaire, pendant les trois premiers jours, soit marquée par une aggravation rapide, aboutissant à un coma profond. Si l'hématome est isolé et volumineux, son évacuation chirurgicale est une urgence absolue. Mais, en raison des lésions cérébrales associées, le traitement est plutôt médical. Le pronostic est, souvent, sombre.

Traumatisme crânien sévère:

Une urgence vitale

Devant un traumatisme sévère, la vie de la personne est en danger. Caractérisé par l'apparition, très rapide, de troubles de la conscience graves (coma d'emblée). Ils surviennent à la suite de chocs très violents (accident de la route à grande vitesse, défénestration), susceptibles d'entraîner d'autres lésions extra-crâniennes (fracture du rachis cervical, traumatisme thoracique et abdominal, etc...). Il s'agit, donc, très souvent, de polytraumatismes. Le risque de séquelles est beaucoup plus élevé.

L'«après traumatisme»:

Complications et séquelles

Pour les traumatismes crâniens légers, ou modérés, on peut avoir le syndrome post-commotionnel, qui comporte des céphalées, des sensations vertigineuses, une fatigue, des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, des difficultés cognitives et émotionnelles, responsables d'une anxiété et de dépression. Même s'il ne correspond à aucune lésion anatomique, ce syndrome, s'il n'est pas pris en charge à temps, peut empêcher la reprise d'une vie normale.

Il est important que le patient et son entourage soit informés, précocement, de la possibilité de la survenue d'un tel tableau et rassurés qu'il ne s'agit pas de signes de gravité. Ces troubles guérissent dans 90% des cas, en moins de 3 à 6 mois.

Pour les traumatismes crâniens sévères, le pronostic est toujours sombre. Souvent, le décès survient à la première semaine, par trouble du fonctionnement cérébral. Dans les autres cas, on peut observer plusieurs types de séquelles:

▸ *les séquelles physiques:* il s'agit, le plus souvent, de troubles de la motricité (hémiplégie; voire, tétraplégie), de la coordination et de l'équilibre (syndrome cérébelleux), ou des troubles orthopédiques. Dans les cas les plus sévères, il peut y avoir des troubles vésico-sphinctériens (incontinence) ou de la déglutition (risque de fausse route). Des crises d'épilepsie peuvent survenir au décours. Elles sont observées dans 15% des traumatismes sévères et elles surviennent, dans la majorité des cas, dans l'année qui suit le traumatisme. Le médecin peut prescrire des médicaments, à titre préventif, pendant 1 ou 2 ans.

▸ *les séquelles cognitives:* c'est ce que l'on appelle communément le "handicap invisible": il s'agit de troubles des fonctions supérieures (troubles de l'attention, de la concentration, une difficulté à faire plusieurs choses à la fois, des troubles de la mémoire, surtout antérograde; c'est-à-dire, l'incapacité à apprendre des nouvelles informations et enfin, des troubles des fonctions exécutives; c'est-à-dire, des difficultés de gestion de tâches nouvelles ou inhabituelles, de planification, d'organisation, d'inhibition, de raisonnement et de jugement). Ce handicap est suffisamment important, pour empêcher toute réintégration dans une vie sociale, familiale et professionnelle; d'où, l'intérêt d'une prise en charge très précoce et plus globale.

▸ *les séquelles sensorielles:* il peut y avoir des troubles visuels, par atteinte du nerf optique, ou du champ visuel; parfois, une perte de goût, de l'odorat, ou du toucher.

▸ *parmi les autres séquelles,* il peut exister des modifications du comportement et des troubles de la personnalité; soit, sous forme d'une apathie (c'est l'indifférence, ou absence de réaction aux stimuli extérieurs); soit, au contraire, d'une désinhibition et de difficultés de contrôle, pouvant mener à des actes socialement inadaptés (violence, agressivité, conduites addictives...).

Dans les formes les plus graves, le traumatisme crânien provoque un état végétatif persistant, ou un état d'éveil non répondant, qui correspond à des lésions très étendues du cerveau. Il est, donc, très différent du coma dépassé, qui correspond à la mort cérébrale et qui ne se prolonge que quelques heures, ou jours, du fait des mesures de réanimation. Dans l'état d'éveil non répondant, le patient respire spontanément, ces yeux peuvent être ouverts, ou fermés et il peut avoir des gestes automatiques (bâillement, mâchonnement; parfois, mouvements des membres), mais il ne présente aucune manifestation des fonctions supérieures: il ne parle pas, n'exécute aucun ordre simple et a perdu toute possibilité de communiquer avec son entourage.

Spécificité de l'enfant:

Les traumatismes crâniens représentent 80% des accidents domestiques de l'enfant liés, le plus souvent, à des chutes, pour le petit enfant et à des accidents sportifs, ou de véhicule à deux roues, pour le jeune enfant et l'adolescent. Le bébé secoué, qui rentre dans le cadre de la maltraitance, se manifeste par un hématome sous-dural, qui soulève un problème de prise en charge médicolégale et sociale.

Enfin, même si le cerveau de l'enfant a une grande plasticité et une grande capacité de récupération, les séquelles et les complications peuvent, toujours, survenir ■

Diabète et activité physique
Commentaires

Le logo de la Journée mondiale du diabète est le cercle bleu, le symbole mondial du diabète, qui a été développé dans le cadre de la campagne de sensibilisation "Unis contre le diabète".
Le logo a été adopté en 2007, pour marquer l'adoption de la résolution des Nations Unies, instaurant la Journée mondiale du diabète. C'est un icône simple, qui peut être, facilement, adapté et largement adopté; le cercle symbolisant la vie et la santé. La couleur bleue reflète le ciel, qui unit toutes les nations.
Le cercle bleu symbolise l'unité de la communauté mondiale du diabète, face à la pandémie de diabète.

••• Par **le Pr Bouadjar,** Président de l'ASBAC

L'activité physique augmente l'efficacité de l'insuline, en améliorant la sensibilité des tissus du corps à son action. Cet effet persiste pendant plusieurs heures, suivant l'activité. De plus, les muscles, sollicités par l'exercice, consomment du glucose; ce qui en abaisse le taux, dans le sang.
Pour les diabétiques de type 2, la sédentarité et le surpoids étant, souvent, des facteurs favorisant de leur pathologie, les bienfaits de l'activité physique sont, encore, plus flagrants: amélioration de la circulation sanguine, baisse de la tension, augmentation du bon cholestérol.
Les patients qui se mettent au sport associent, souvent, une démarche diététique, font attention à leur alimentation et perdent du poids. Mais ce qui est sûr, c'est que les bénéfices du sport sont nombreux.
Pour les diabétiques de type 1 - insulino-dépendants -, au-delà des bienfaits classiques du sport – qui sont les mêmes que pour l'ensemble de la population – il y a, surtout, un intérêt au niveau de la motivation: le sport peut augmenter l'envie de se suivre, de se gérer correctement et offrir aux patients une meilleure image d'eux-mêmes
Autre avantage du sport: une sensibilité augmentée à l'insuline. L'insuline est plus efficace et donc, on peut réduire la quantité.
Chez les personnes diabétiques de type 2, l'activité physique permet, généralement, un meilleur contrôle de la glycémie, en plus des avantages mentionnés plus haut. Certains peuvent même normaliser leur glycémie et éviter la prise de médicament ou, le cas échéant, en diminuer le dosage.
L'activité physique fait partie intégrante du traitement du diabète, au même titre qu'une alimentation équilibrée et que la médication.
L'activité physique empêche le diabète de type 2 d'apparaître trop tôt, chez des personnes prédisposées. Ainsi, il est possible de prévenir, ou de retarder l'apparition du diabète non insulino-dépendant, chez les personnes à risque (antécédents familiaux de diabète et/ou intolérants au glucose), grâce à un programme d'activité physique et de mesures diététiques: cinq études d'intervention, randomisées, dans des populations très différentes (Asie, États-Unis, Europe) ont démontré une réduction de la survenue du diabète de 30 à 50 %, dans un délai de 3 à 6 ans, avec ces mesures comportementales, par rapport à des patients qui ne modifiaient par leur mode de vie. Cet effet survient indépendamment de la perte de poids. Il persiste sur le long terme.

LES PRÉCAUTIONS

Si vous vivez avec le diabète depuis plusieurs années et que des complications chroniques, liées à cette maladie, commencent à apparaître, tels que des problèmes cardiaques, neurologiques ou autres, ou encore que vous êtes sédentaires depuis plusieurs années, consultez votre médecin avant d'entreprendre un programme d'activité physique plus intense que la marche.

AVANT DE SE LANCER

Avant d'entreprendre un programme d'activité physique, il est recommandé de consulter son médecin, pour procéder à une évaluation médicale (tension artérielle, taux de cholestérol dans le sang, taux d'hémoglobine glyquée (A1C) et glycémie, cœur et système circulatoire, fonction rénale, santé des yeux et des pieds). Cette évaluation vous permettra de mieux cibler le type d'activité physique qui vous convient.
Contre-indication (à moins d'avis contraire de votre professionnel de la santé): les problèmes cardiovasculaires peuvent rendre certaines activités d'intensité élevée non sécuritaires.
Votre médecin peut, également, vous conseiller quant au meilleur moment de la journée, pour pratiquer l'activité physique en fonction du type de médication et du moment de la prise, comme il peut vous aider à ajuster les doses d'insuline, en fonction de l'activité physique pratiquée.
Quelques conseils à suivre pendant l'activité physique:
- Restez à l'écoute de votre corps et arrêtez l'exercice, si vous ne vous sentez pas bien.
- Pensez à vous hydrater régulièrement.
- Assurez-vous d'avoir une identification sur vous (ex.: bracelet, médaillon ou carte), mentionnant que vous êtes diabétique.
- Portez des chaussures et des bas adéquats.
- Inspectez vos pieds soigneusement, avant et après l'activité, pour détecter toute ampoule, ou autre blessure.
- Discutez avec votre médecin, si les symptômes suivants surviennent pendant ou après une activité: nausées, évanouissements, fatigue sévère, maux de tête, troubles de la vision, étourdissements, souffle court.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET HYPOGLYCÉMIE

L'activité physique augmente l'utilisa-

tion du glucose par les muscles et augmente la sensibilité à l'insuline. Il y a, donc, risque d'hypoglycémie, pendant et après la pratique d'activité physique; principalement, pour les diabétiques de type 1 ou, parfois, les diabétiques de type 2, sous insuline ou médicament qui augmente la sécrétion d'insuline (gliclazide (DiamicronMD et Diamicron MRMD), glimépiride (AmarylMD), glyburide (DiabetaMD, EugluconMD), natéglinide (StarlixMD), répaglinide (GlucoNormMD).

Pour mieux prévenir les hypoglycémies, si vous êtes à risque:

- Faites un test de glycémie, avant et après l'activité physique, pour voir venir les hypoglycémies. Prévoyez un test au milieu de l'activité, si celle-ci est d'une durée de plus de 60 minutes.
- Continuez à surveiller vos glycémies de plus près, jusqu'à 24 heures après l'activité; surtout, si elle était prolongée.
- Ayez, toujours, sur vous une source de sucres concentrés, tels que des comprimés de glucose, ou une boisson gazeuse régulière, en cas d'hypoglycémie.

Votre médecin peut vous aider à planifier vos repas, collations et prises de médicaments, en fonction de l'activité physique pratiquée.

Pour les personnes diabétiques de type 1

Voici quelques stratégies supplémentaires, pour éviter une hypoglycémie, lors de la pratique d'activité physique:

- Ne faites pas d'activité physique à jeun et évitez de retarder les heures de repas.
- Faites de très courts intervalles et à intensité maximale, au début ou à la fin de la séance d'exercices, d'intensité moyenne.
- Faites des exercices de musculation immédiatement avant les exercices cardiovasculaires.

Éviter d'injecter l'insuline dans une région du corps qui sera sollicitée lors de l'activité (ex.: ne pas s'injecter dans le bras, si vous allez jouer au tennis). Cela accélère l'absorption de l'insuline et peut entraîner une hypoglycémie.

Veillez à bien vous hydrater, avant et pendant l'activité, pour éviter que la perte d'eau, par la sudation, ne fasse augmenter la concentration de glucose dans le sang; particulièrement, lors de journées chaudes et humides.

ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ L'ADULTE: RECOMMANDATIONS

Plus l'activité est intense, plus la dépense d'énergie est importante.

- Pratiquer un minimum de 150 minutes d'activité cardiovasculaire (d'intensité moyenne à élevée) par semaine, réparties sur au moins 3 jours et sans rester inactif plus de 2 jours;
- Pratiquer des activités musculaires 2 séances par semaine, préférablement 3.

TYPES D'EXERCICES CARDIOVASCULAIRES

Exercices: Danse, marche, natation, vélo.

Bienfaits: Augmentent la dépense d'énergie et par le fait même, la quantité de glucose utilisée par les muscles;

- Diminuent les risques de complications reliées au diabète: maladies cardiovasculaires, néphropathies (reins), rétinopathies (yeux) et neuropathies (sensibilité, nerfs);
- Aident à avoir un meilleur contrôle sur le poids et par le fait même, sur le diabète.

DE MUSCULATION

Exercices: Scier et empiler du bois, ramasser les feuilles, monter des escaliers, faire des redressements assis et des pompes, utiliser des appareils, des poids ou des élastiques, pour développer sa musculature.

Bienfaits: Améliorent votre force et votre posture.

Conseils: Choisissez des poids légers (boîtes de conserve, bouteille remplie d'eau) et faites plusieurs répétitions (deux séries de 20 répétitions, pour chaque mouvement, par exemple).

- Apprenez à bien exécuter chaque mouvement, afin d'éviter de soumettre votre dos et vos articulations à un surcroît de tension.
- Respirez régulièrement pendant l'exercice. Ne retenez pas votre respiration.

Si vous avez des problèmes aux yeux ou aux reins, parlez à votre médecin, avant de faire des exercices de musculation.

DE FLEXIBILITÉ

Définition: Ces exercices consistent à s'étirer en douceur pour allonger les muscles. Ils procurent plus de flexibilité aux articulations et augmentent l'amplitude des mouvements.

Exercices: Étirements du bas du dos, ou encore, des muscles ischio-jambiers.

Bienfaits: Permettent de faire les mouvements, de la vie de tous les jours, plus facilement;

- Aident à détendre les muscles et à diminuer les risques de blessures.

Les bienfaits des exercices de flexibilité sur le diabète ne sont pas, encore, démontrés.

On est trop fatigué, on manque de temps, d'argent ou d'équipement, il fait trop froid ou trop chaud, il pleut... Les excuses pour ne pas faire d'activité physique ne manquent pas!

Quelques astuces pour vous motiver

- Choisissez une activité que vous aimez et qui est adaptée à votre style de vie.

Posez-vous les bonnes questions: préférez-vous faire des exercices seul? En groupe? Dehors? À l'intérieur? Dans l'eau?

- Fixez-vous des objectifs spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et selon un Temps précis. Donnez-vous un but, tel que monter la fameuse côte à vélo, dans un mois.
- Allez-y progressivement: commencez avec un petit objectif, tel que marcher 2 fois 10 minutes, par semaine; puis, augmentez graduellement.
- Prévoyez les obstacles potentiels et les stratégies, pour les surmonter. Si vous êtes trop fatigué, en revenant du travail, optez pour une marche sur l'heure du dîner.
- Conservez un registre de vos activités, pour vous motiver en voyant votre progression.
- Déterminez un moment où vous commencerez l'activité physique et inscrivez-le à votre agenda: vous aurez, ainsi, rendez-vous avec votre santé.
- Faites-vous accompagner. L'autre personne pourra, toujours, vous encourager et vice versa. Se joindre à un groupe peut, aussi, être une source de motivation; en plus de permettre de nouvelles rencontres.
- Inscrivez-vous à un cours: si vous avez déboursé de l'argent, vous serez, peut-être, plus enclin à participer à une activité.

Quelques conseils pour respecter vos limites

- Faites l'exercice à votre rythme et si vous augmentez l'intensité, faites-le progressivement.
- Respectez un rythme où vous êtes au moins légèrement essoufflé; mais, tout en restant à l'aise et capable de tenir une conversation.

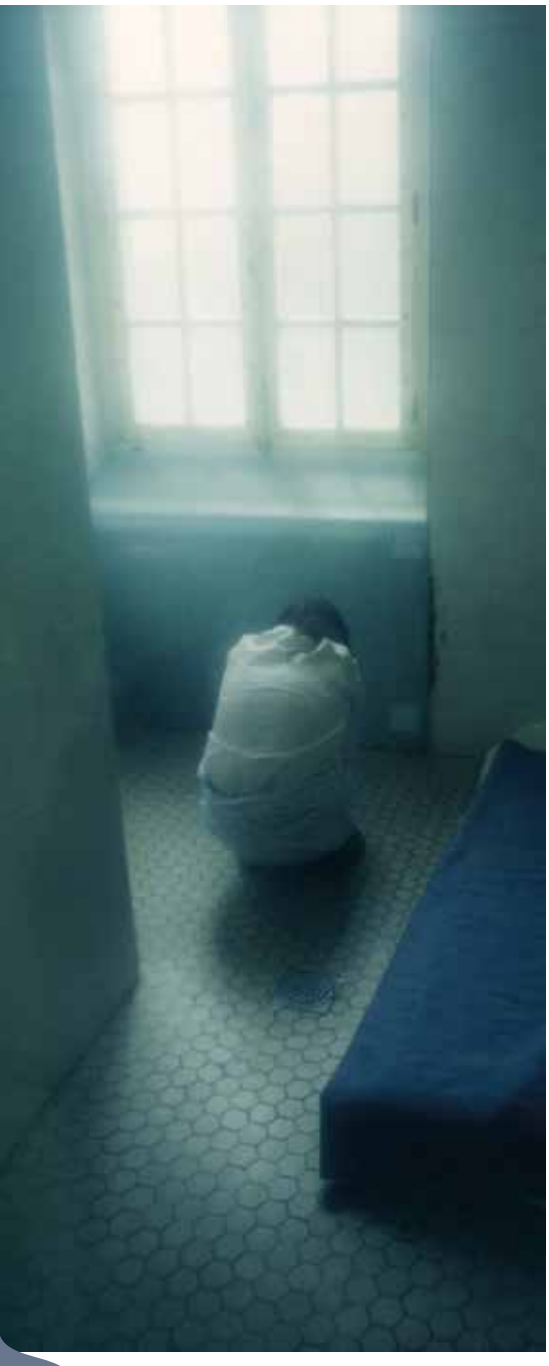
Même un peu d'activité physique peut apporter d'importants bienfaits à votre santé et à votre diabète. Le but n'est pas de performer, pour devenir un athlète olympique; mais, bien de s'amuser et de ressentir les bienfaits physiques et psychologiques qu'une activité physique, pratiquée régulièrement, peut vous apporter ■

*Dr Mahmoud Boudarene *,*
à Santé Mag,

Des structures relais de prise en charge externe, à des fins de réadaptation psychosociale des malades mentaux, sont indispensables

La cure médicamenteuse traitement indispensable à l'évidence, reste l'unique prise en charge à l'heure actuelle de la maladie mentale sous toutes ses formes; en effet, le secteur de psychiatrie en Algérie dispose de très peu moyen d'accompagnement psychologique ou de thérapie de groupe pour permettre au patients en postcure de se réinsérer socialement et éviter ainsi la rechute. Défaillance due à la pression de l'urgence et du nombre, 1% de la population globale de notre pays souffre de troubles mentaux. Le Docteur Mahmoud Boudarene y revient sur la problématique, écoutons le.

Propos recueillis par **Tanina Ait**



Santé Mag: Est-ce que la maladie mentale fait l'objet, dans notre pays, d'une prise en charge efficace ?

Dr M. Boudarene: Notre pays est, sans doute, en deçà des standards internationaux concernant, notamment, le nombre de lits réservés à la psychiatrie par habitants, le nombre de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers... La pédopsychiatrie est encore à ses premiers balbutiements, alors que la prévention et la prise en charge des problèmes liés à la consommation des drogues (les toxicomanies) peinent à prendre forme. Deux défis supplémentaires que notre pays a des difficultés à appréhender. Je ne vais pas m'y attarder, il y a beaucoup de choses à dire. Toutefois, la prise en charge des malades mentaux s'est qualitativement améliorée. Cela est indéniable, quand bien même beaucoup reste à faire, dans ce domaine. Parce que si les situations d'urgences, de crises et si la grosse pathologie mentale bénéficient de soins appropriés et efficaces, dans la durée, nombre de problèmes se posent. En particulier, concernant les offres d'accompagnement thérapeutique pour les malades chroniques, en rupture sociale et avec le risque potentiel de désinsertion. Je pense à la schizophrénie - maladie mentale, par excellence - fréquente, touchant 1% de la population générale, invalidante et responsable dans une grande proportion de handicap mental et social. Si nous disposons, aujourd'hui, de moyens (hospitalisation et médicaments efficaces) pour réduire le délire, l'agitation, ou encore, pour résoudre le problème de l'urgence, nous n'avons pas les dispositifs indispensables, pour offrir aux sujets - inscrits dans la chronicité de la maladie - un projet à même de lui éviter une évolution vers l'handicap mental et le glissement vers la désinsertion sociale. Autrement dit, la prise en charge des malades mentaux, dans notre pays, est prise au piège dans l'ornière de la cure. L'offre d'accompagnement, durant la ***"post-cure"*** est, pratiquement inexistante. Rares sont les structures hospitalières qui proposent aux malades, hospitalisés durant de longues périodes, des activités thérapeutiques qui préparent à la réinsertion sociale. A la sortie, le malade est livré à lui-même. Rien n'est prévu pour prendre le relais de l'hôpital et pour l'accompagner dans sa réadaptation sociale. Le secteur de psychiatrie existe, mais il ne dispose que des services hospitaliers traditionnels et de consultations externes. Le malade y revient, en cas de rechute, pour y être hospitalisé à nouveau, ou pour contrôler son évolution et y recevoir une nouvelle ordonnance. Pour autant, la maladie mentale est, souvent, source d'handicap et de désinsertion sociale. Un amoindrissement des fonctions cognitives (intellectuelles), avec diminution des compétences et des habiletés sociales, est la règle, chez ces malades, notamment les plus graves, sujets qui prennent, généralement, des traitements chimiques lourds. Des aspects importants, qui ne sont pas pris en charge par le projet thérapeutique, que nous proposons, aujourd'hui, à nos malades. Est-il utile de souligner que les familles sont de moins en moins un support social, sur lequel peut s'appuyer le malade; mais, aussi le médecin? Pour des raisons liées aux mutations sociales et aux conditions socio-économiques, celles-ci (les familles) manifestent moins de tolérance et moins de disponibilité à soutenir le parent malade; en particulier, quand le médecin ne les a pas éclairées par des informations utiles. Mais, il n'y a pas que cela et si l'organisation du soin, en santé mentale, souffre de carences structurelles, il faut, également, remarquer que la forma-

tion des personnels est, essentiellement, orientée vers le traitement (la cure) de la maladie mentale. Parce que la demande est trop forte, le système de soins, tel qu'il est organisé présentement, pare au plus urgent. Il ne tient pas compte de l'handicap que la maladie est susceptible de générer et n'a, donc, pas mis en place le dispositif de prise en charge nécessaire, pour éviter, au sujet, la désinsertion sociale. Pour l'instant, nous en sommes là. Le challenge, pour la santé mentale, dans notre pays, est de mettre, à l'avenir, à la disposition des intervenants de terrain, la formation et l'organisation (le réseau), pour répondre à cette demande cruciale: le maintien de l'insertion sociale du malade.

Pourquoi la prise en charge médicamenteuse prédomine dans l'action thérapeutique?

Deux raisons à cela. La première est liée à la nature des pathologies présentées. Le médicament est de première intention dans les pathologies de nature psychotique, maladies bruyantes avec, parfois, une dangerosité qu'il faut vite réduire. L'efficacité du traitement chimique est prouvé et les résultats sont spectaculaires, avec, aujourd'hui, beaucoup moins d'effets secondaires, grâce aux nouvelles molécules mises à la disposition des médecins. Les malades mentaux ne font plus peur, leur apparence a changé et nombre d'entre eux ne manifestent aucun signe pouvant évoquer la maladie. Ce qui n'était pas le cas, il y a quelques années. Rigidité, tremblements, hypersalivation, visage bouffi et pâleur cireuse - effets secondaires des traitements - accentuaient, chez eux, l'handicap déjà créé par la maladie. La même logique prévaut concernant les pathologies mentales plus légères, les états dépressifs et anxieux. Je veux dire que les médicaments sont, également, prescrits en première intention, parce que nous disposons de molécules chimiques efficaces et qui réduisent, avec très peu d'effets collatéraux désagréables, les symptômes présentés. La souffrance cède rapidement; ce qui procure un confort appréciable au malade. Pour ces cas, comme pour les pathologies de nature psychotique, un accompagnement psychothérapique reste indispensable. J'ai évoqué, dans la réponse à votre première question, la nécessité d'un projet d'accompagnement, en post-cure, pour éviter le risque de désinsertion sociale du malade présentant des désordres psychotiques. Pour les dépressions, comme pour les pathologies de nature anxieuse, la même idée doit prévaloir, quand bien même le risque de désadaptation est moins important. Mais, si la prescription du médicament prédomine en soins psychiatriques, c'est, aussi, en raison du manque de formation aux autres techniques de soins - aux psychothérapies - des médecins. Je vous le disais plus haut, la formation des personnels de soins en santé mentale; en particulier, celle des psychiatres, ne s'est pas appesantie sur les compétences en psychothérapies. Durant des années, ceux-ci, les psychiatres, ont été sommés de parer au plus pressé,; c'est à dire, de prendre en charge la grosse pathologie mentale. Aujourd'hui, la cité a changé. Comme partout dans le monde, la demande de soins a évolué et la psychiatrie de ville a pris de l'ampleur. Le médicament ne suffit plus et les psychothérapies s'imposent comme une compétence indispensable et une incontournable exigence de soins. C'est pourquoi, depuis une dizaine d'années, des formations en direction des psychiatres; mais, aussi, des psychologues sont organisées dans notre pays. La SAP (société algérienne de psychiatrie) et la SARP (société algérienne de recherche en psychologie) sont les pionniers, dans le domaine. Thérapie cognitivo-comportementale, thérapie systémique, thérapie de familles, psychanalyse..., autant de formations qui sont, aujourd'hui, régulièrement dispensées, dans notre pays. Il appartient aux psychiatres et psychologues d'exprimer des choix et, en fonction de leur sensibilité, faire la formation qui leur convient. Cela est possible et de mon point de vue, les choses iront en s'améliorant. Les médecins comme les psychologues; mais, plus tard aussi, les personnels paramédicaux, acquerront plus de savoir faire et plus d'expertise. L'offre de prise en charge des problèmes de santé mentale ira en se diversifiant. Le médicament aura, toujours, sa place; mais, cette dernière ne sera plus prédominante. Ce sera tant mieux, pour les malades.

De nombreux malades mentaux errent dans nos rues. Est-ce à dire que la prévalence des pathologies psychiques est élevée?

Je ne sais pas si les personnes, qui errent dans nos rues, sont en grand nombre et je ne sais pas, non plus, s'il s'agit, réellement de malades mentaux. C'est, pourtant, là, une réalité qui risque d'aller croissante, au regard du niveau socio-économique de plus en plus bas des familles et de leur moindre tolérance, vis à vis du malade mental. Beaucoup de malades chroniques encombrent les structures hospitalières, parce que les familles ne peuvent pas les accueillir, tant que le sujet constitue une charge matérielle; mais, également, émotionnelle - faut-il le souligner ? -, et parce que - je le disais plus haut - notre système de soins n'a pas prévu de structures intermédiaires, pour prendre le relais de l'hôpital et assurer l'accompagnement du malade et de sa famille, dans le processus de re-socialisation; en particulier, quand ce dernier a séjourné, durant une longue période, en milieu hospitalier. Ce sont ces sujets que l'on voit, quelquefois dans la rue. Sorti de l'hôpital, la famille ne pouvant pas l'assumer, ce malade abandonne son traitement, rechute et se retrouve sur la voie publique, parfois loin de son domicile, de sa famille, avec le statut de vagabond, de SDF. Plus personne ne se préoccupe de lui. Sa famille considère qu'il a disparu, les pouvoirs publics refusent de le voir. Il n'y a pas de SAMU social.

Les jeunes sont concernés par cette situation. La maladie mentale (la schizophrénie, notamment) concerne, essentiellement, cette tranche d'âge. La population algérienne étant jeune, dans l'absolu, le nombre de malades mentaux devrait être important, la désinsertion sociale et les SDF croître en conséquence. Voilà pourquoi des structures relais de prise en charge externe, à des fins de réadaptation psychosociale, des malades mentaux, sont indispensables. Des centres d'hébergement sont, également, nécessaires, pour accueillir les sujets dans le besoin. Les jeunes malades ne seront, bientôt, plus les seuls à être concernés par cette situation. Les personnes âgées, en particulier ceux qui présentent des troubles psychiques, sont de plus en plus nombreux à se retrouver à la rue. Elles posent de réels problèmes de santé et de prise en charge, et les enfants - accablés par leurs propres difficultés - ne peuvent plus s'en occuper. Une situation qui interpelle les pouvoirs publics; mais, aussi, toute la société. La réponse qui sera apportée à ce problème constituera l'indicateur du niveau de développement du citoyen et du niveau d'évolution de la nation. Voici ce que dit le Pr Boucebci, dans le préambule de son livre *Psychiatrie, Société et Développement:* «***Dis-moi quelle conception tu as du malade... psychiatrique, je te dirais à quel modèle de société et à quelle civilisation tu aspires, dans ton inconscient».*** Un propos que chacun de nous doit, sans cesse, méditer ■

* **Docteur Mahmoud Boudarene,**
psychiatre et docteur en Sciences biomédicales.
Auteur d'un ouvrage sur le stress: "Le stress, entre bien-être et souffrance», aux éditions Berti.

tot'héma®

Fer, Manganèse, Cuivre

Anémie par carence martiale

Traitement préventif de la carence martiale de la femme enceinte*

Une réponse efficace et adaptée à toutes vos patientes

- Absorption rapide[1] (Fe^{2+} + Cu)
- Efficacité clinique démontrée[1,2,3,4]
- Meilleure tolérance du gluconate ferreux liquide[2,5]

Fe^{2+}	+	Cu	+	Mn
50 mg		0,70 mg		1,33 mg

tot'héma®, solution buvable en ampoule

COMPOSITION : fer (sous forme de gluconate ferreux) 50,00 mg, manganèse (sous forme de digluconate de manganèse) 1,33 mg, cuivre (sous forme de gluconate de cuivre) 0,70 mg. Excipients : glycérol, glucose liquide, saccharose, acide citrique anhydre, citrate de sodium, benzoate de sodium, polysorbate 80, colorant caramel (E150c), arôme tutti frutti, eau déminéralisée. **FORME PHARMACEUTIQUE :** solution buvable en ampoule. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES :** anémie par carence martiale. Traitement préventif de la carence martiale de la femme enceinte, du nourrisson prématuré, jumeau ou né de mère carencée, quand un apport alimentaire en fer suffisant ne peut être assuré. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :** les ampoules se prennent diluées dans de l'eau (sucrée ou non), ou toute autre boisson non alcoolisée. Traitement curatif : - chez l'adulte : 100 à 200 mg de fer métal par jour. - chez le nourrisson à partir de 1 mois et l'enfant : 5 à 10 mg de fer métal/kg/jour. Traitement préventif : femme enceinte : 50 mg de fer métal par jour pendant les deux derniers trimestres de la grossesse (ou à partir du 4ème mois). A prendre de préférence avant les repas, mais l'horaire de la prise et parfois la posologie sont à adapter en fonction de la tolérance digestive. Durée du traitement : elle doit être suffisante pour corriger l'anémie et restaurer les réserves en fer qui chez l'adulte, sont de 600 mg chez la femme et de 1200 mg pour l'homme. Anémie par carence martiale : 3 à 6 mois en fonction de la déplétion des réserves, éventuellement prolongé si la cause de l'anémie n'est pas contrôlée. Un contrôle de l'efficacité n'est utile qu'après au moins 3 mois de traitement : il doit porter sur la réparation de l'anémie (Hb, VGM) et sur la restauration des stocks de fer (fer sérique et saturation de la sidérophiline). **CONTRE-INDICATIONS :** surcharge martiale en particulier anémie normo ou hypersidérémique telle que thalassémie, anémie réfractaire, anémie par insuffisance médullaire. **MISES EN GARDE :** l'hyposidérémie associée aux syndromes inflammatoires n'est pas sensible au traitement martial. Le traitement martial doit dans la mesure du possible être associé au traitement de la cause. **PRECAUTIONS D'EMPLOI :** la consommation importante de thé inhibe l'absorption de fer. En cas de régime limité en hydrates de carbone, tenir compte d'un apport en saccharose de 3 g par prise. **INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES FORMES D'INTERACTIONS* :** Association déconseillée : fer (sels de) (voie injectable). Association à prendre en compte : cyclines (voie orale). Sels, oxydes et hydroxydes de magnésium, aluminium et calcium (topiques gastro-intestinaux). Diphosphonates (voie orale). **EFFETS INDESIRABLES :** troubles gastro-intestinaux (état nauséeux, brûlures gastriques, constipation, diarrhée). La coloration habituelle des selles en noir est normale. **SURDOSAGE*. PROPRIETES PHARMACODYNAMIQUES :** apport de fer ferreux (50 mg de fer élémentaire par ampoule de 10 mL). **PROPRIETES PHARMACOCINETIQUES*. PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :** le médicament doit être conservé à une température ne dépassant pas 25°C. **FORMES ET PRESENTATIONS :** boîte de 20 ampoules de 10 mL. **NUMERO D.E :** 08/12E 137/087. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE :** Laboratoires INNOTHERA – 22 avenue Aristide Briand – 94110 ARCUEIL - France. **DATE DE REVISION DU TEXTE :** juillet 2008. ***Pour une information plus complète, se reporter au Dictionnaire Thérapeutique.**

1 - Milchev N. *et al.* Treatment of iron deficiency anaemia with ferrous gluconate Akush Ginekol (Sofia). 2004;43 Suppl 3:45-8.

2- Casparis D. *et al.* Effectiveness and tolerability of oral liquid ferrous gluconate in iron-deficiency anemia in pregnancy and in the immediate post-partum period: comparison with other liquid or solid formulations containing bivalent or trivalent iron. Minerva Ginecol. 1996 Nov;48(11):511-8.

3- Kovrigina ES. *et al.* Modern methods of diagnostics of iron deficiency anemia in pregnant women and evaluation criteria of ferrotherapy efficacy. Gynecology - 2005 Vol. 7 /2

4 - Mtvarelidze Z. *et al.* Efficacy of **tot'héma®** in the treatment of iron deficiency anemia in early childhood with concomitant copper deficiency. Georgian Med News 2005; (121):68-71.

5 - BSG. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. BSG Guidelines in Gastroenterology. May 2005.

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
22, Avenue Aristide Briand
94110 Arcueil - France

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL Bureau de Liaison en Algérie.
68 Cité Benhaddadi Said. Cheraga. Alger.
Tel/Fax : 021368360.

TOTHAP Algérie 11/08 FR

Les nouveaux traitements de pointe, contre le cancer

Avant le développement de ces nouveaux traitements, la chimiothérapie était, avec la radiothérapie et la chirurgie, la seule option thérapeutique contre le cancer.

Nano-médicaments, traitement focal, radiologie interventionnelle... De nouvelles techniques médicales permettent de traiter, plus efficacement, de nombreux cancers. Ces avancées majeures viennent s'ajouter à la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie; longtemps, les seuls traitements disponibles, en cancérologie.
L'Académie nationale de médecine a, récemment, consacré une séance à ces progrès scientifiques.

TOUR D'HORIZON:
LES NANO-MÉDICAMENTS

Ce sont les plus médiatisés de ces nouvelles techniques, avec les recherches menées, dans ce domaine, par la multinationale Google. ***«Ces capsules, de taille nanométrique (milliardième de mètre)- soit 70 fois plus petite qu'un globule rouge – sont capables d'amener une molécule active à l'endroit précis où elle sera utile, en épargnant les autres parties du corps»,*** indique le Pr Patrick Couvreur, un bio-pharmacien, pionnier dans la mise au point de ces minuscules comprimés. ***«Cela permet d'éviter les effets secondaires (souvent importants), liés à la chimiothérapie classique; mais, aussi, de court-circuiter les phénomènes de résistance»,*** poursuit-il.
Une dizaine de ces très petits traitements sont, d'ores et déjà, sur le marché; la plupart en cancérologie.
En outre, une étude clinique de phase 3, est en cours dans 40 hôpitaux, européens et américains, pour évaluer l'effet de la doxorubicine, encapsulée dans un nano-médicament, sur les cancers du foie résistant à la chimiothérapie. Selon des résultats préliminaires, la survie des malades, à 18 mois, serait multipliée par deux.

LA RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

«Prendre le chemin le plus court, vers la tumeur». C'est ainsi que le Pr Afshin Gangi, chirurgien à Strasbourg, définit cette pratique. Elle permet, en effet, de détruire, le plus possible, les cellules cancéreuses sans, forcément, utiliser la chirurgie classique. En lieu et place de cette dernière, les oncologues peuvent, désormais, avoir recours à des techniques d'ablation thermique, grâce notamment à la radiofréquence, le laser, les micro-ondes, la cryothérapie ou les ultrasons focalisés. Ces nouvelles techniques sont, surtout, utilisées pour intervenir sur le rein, le foie et la prostate. Mais, elles pourraient concerner, à l'avenir, d'autres organes abdominaux, ainsi que le sein.

LE TRAITEMENT FOCAL

Il s'agit de cibler, au millimètre près, la tumeur, avec des ultrasons. Dans le cas de la prostate notamment, le traitement focal s'avère très intéressant. Pour le Dr Albert Gelet, urologue, au CHU de Lyon, «c'est une bonne alternative, pour les cancers moyennement agressifs». En effet, avec le traitement focal, «***on réduit la toxicité, sur le plan urinaire et sexuel».*** Bien sûr, il n'existe, actuellement, que des résultats à court terme, mais une étude française débutera en 2015, pour évaluer, plus spécialement, les traitements du cancer de la prostate par ultrasons focalisés. L'autre intérêt de ces techniques réside dans le fait qu'elles n'excluent pas, par la suite, le recours aux traitements classiques – chirurgie et irradiation – si le cancer devenait, subitement, plus agressif.
Près de 20% des cancers de la prostate pourraient, à l'avenir, être concernés par ces traitements.

LES CHIPEURS EN CHIRURGIE DIGESTIVE

Pour améliorer, sensiblement, la survie de certains patients atteints d'un cancer de l'estomac, ou du colon, la chirurgie peut être combinée à une chimiothérapie liquide, dans la cavité abdominale, à une température de 42-43°C.
«Cette chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) est utilisée depuis plusieurs années, en France, sur des malades présentant des métastases, au niveau du péritoine», précise le Dr Olivier Glehen, l'un des spécialistes de cette technique, à l'hôpital Lyon-sud.
Le taux de survie à 5 ans est, alors, de 16 %, contre 0 % pour ceux n'ayant pas bénéficié d'une CHIP ■

Cancer

le pouvoir des thérapies ciblées

Le crizotinib doit rester un traitement à vie, chez les patients, pour qui le traitement s'avère efficace.

Lancé en juin 2013, par l'Institut national du Cancer (INCa), le programme AcSé propose un essai clinique à une centaine de malades du cancer, en situation de rechute. Confronté à un échec des traitements, ils comptent sur l'efficacité des thérapies ciblées, pour voir leur cancer régresser. L'enjeu pour la recherche: évaluer les bénéfices de ces molécules innovantes, aujourd'hui exclusivement réservées aux essais thérapeutiques.

A 69 ans, Raymond Dusselier est atteint d'un cancer du poumon depuis 2007, le sexagénaire a, déjà, suivi plusieurs chimiothérapies, ainsi qu'un traitement, pour irradier les cellules tumorales. En vain.

«Pendant ces six années de combat contre la maladie, j'ai alterné entre phases de régression et nouvelles poussées, comme si le cancer perdait du terrain; mais, ne partait jamais totalement». C'est précisément ces patients – en rechute et pour qui la chimiothérapie ne fonctionne plus – que le programme AcSé a été développé. ***«En juillet 2013, mon médecin m'a proposé 3 options: laisser la nature faire les choses, opter pour une chimiothérapie plus douce, ou participer à ce traitement expérimental».***

UNE EFFICACITÉ OBSERVÉE

Suivi au CHU de Caen, Raymond Dusselier a, donc, fait le choix d'intégrer le programme AcSé (Accès sécurisé à des thérapies ciblées innovantes) auquel participe une centaine de patients.

La méthode: ingérer 2 cachets, par jour, de crizotinib, une molécule qui pourrait avoir des bénéfices contre 20 cancers différents (le cancer du poumon, certains types de lymphomes, le cancer colorectal, ou encore, le cancer du rein, notamment). ***«Les deux premiers mois, j'ai eu du mal à supporter les effets secondaires du traitement, comme d'intenses épisodes diarrhéiques et des troubles visuels».***

Mais, dans le même temps, la tumeur a réduit de 80%. Aujourd'hui, s'il est,

encore, trop tôt pour parler de rémission, la maladie de Raymond Dusselier a régressé de 90%, depuis le début de l'essai clinique.

MÉDECINE DE PRÉCISION

Chez plusieurs patients, inclus dans le programme, le cancer a, ainsi, perdu du terrain, grâce à la prescription de crizotinib. Des signes d'espoir, donc. ***«A ce stade de la maladie, ce traitement vient comme une ultime chance»,*** précise le Pr Gilles Vassal, directeur de la recherche à l'Institut Gustave Roussy (Paris) et coordonnateur de l'étude crizotinib. ***«Les thérapies ciblées présentent, en effet, l'avantage d'être moins toxiques que les chimiothérapies».*** Et pour cause, les tissus sains, situés en périphérie des cellules cancéreuses ne sont pas touchés.

«Aujourd'hui, on manque de recul, pour évaluer, précisément, l'efficacité de ces traitements, ainsi que les cancers pour lesquels ils pourraient, potentiellement, être efficaces».

ACCÈS AUX SOINS ÉQUITABLES

Par ailleurs, les thérapies ciblées agissent sur les cellules malades en fonction du type d'anomalies et non en fonction de la localisation du cancer dans l'organisme.

«Des traitements, aujourd'hui utilisés pour un certain type de cancer, pourraient avoir une efficacité sur d'autres tumeurs», précise le Pr Agnès Buzyn, président de l'INCa.

En cas d'efficacité? Ces essais cliniques pourraient déboucher sur le développement de nouveaux traitements. **L'objectif:** rendre le soin équitable auprès de tous.

Au total, 150 structures hospitalières participent à cet essai clinique. On trouve, sans distinction, des CHU, des centres de lutte contre le cancer et des établissements de santé privés.

En cas d'échec? ***«Si aucun signe d'efficacité n'est observé sur certaines tumeurs, la prescription inutile du médicament peut, ainsi, être évitée à d'autres patients».***

Au total, 20 à 40 patients ont été suivis par type de cancer. L'essai clinique doit s'étaler sur 18 mois. Pour confirmer l'efficacité du médicament, il faut que dans chacun de ces groupes, la tumeur régresse chez 20% des patients, au minimum ■

Méningite
efficacité, prouvée, d'un nouveau vaccin

Un nouveau vaccin contre la méningite, testé, ces dernières années, sur plus de 210 millions de personnes, dans plusieurs pays d'Afrique, dont le Sénégal, a réussi à briser le cycle des épidémies de "méningite A", a rapporté la presse sénégalaise.

Autorisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour des tests, sur des enfants et des jeunes de 1 à 29 ans, dans le continent, le nouveau produit a réussi, au cours des quatre années, suivant son administration à cette population, à briser le cycle des épidémies de "méningite A", indique la presse locale. Les tests ont produit les effets escomptés et l'OMS a donné son accord, pour sa commercialisation sur le marché, selon la même source.

Il est attendu, de cette introduction, l'élimination des principales causes des épidémies, dans "la ceinture africaine de la méningite", qui part du Sénégal, à l'Ouest, jusqu'en Ethiopie, à l'Est. Cette partie du continent fait face, de temps à autre, à des épisodes d'épidémie. Entre 1996 et 1997, plus de 250.000 personnes avaient été contaminées et plus de 25.000 étaient décédées, en quelques mois, à cause de cette infection.

La méningite correspond à l'inflammation des membranes enveloppant le système nerveux central (SNC) appelées méninges, la partie du système nerveux située dans la boite crânienne et la colonne vertébrale. Tandis que les méningites d'origine virale sont, relativement, fréquentes et bénignes, les méningites d'origine bactérienne sont rares; mais, potentiellement mortelles.

Les symptômes communs de la méningite virale, ou bactérienne sont de la fièvre, des maux de tête violents, une raideur dans la nuque, des vomissements, une limitation de l'élévation des membres inférieurs et une flexion, involontaire, des membres inférieurs, à la flexion forcée de la nuque ■

Maladie de Parkinson
bouger, pour moins tomber

La maladie affecte, principalement, les personnes de plus de 60 ans.

L'exercice physique améliore la qualité de vie de nombreux patients, souffrant de la maladie de Parkinson. Des médecins australiens confirment, en effet, qu'il limite le risque de chutes; en particulier, chez ceux atteints d'une forme modérée de la maladie. Le Pr Colleen G. Canning et son équipe de l'Université de Sydney ont suivi 231 patients atteints de la maladie de Parkinson. Une partie du groupe a été soumis à un programme d'exercices, destinés à améliorer l'équilibre et à renforcer les muscles des membres inférieurs. Celui-ci s'est déroulé à la maison, sur 6 mois, à raison de 3 séances, hebdomadaires, de 40 minutes. Les autres malades ont bénéficié d'un suivi traditionnel. Au terme de ce travail, le Pr Canning a montré que les exercices physiques et notamment, la marche, «améliorent bien l'équilibre des patients atteints de formes légères de la maladie», au point de diminuer leur risque de chute. En revanche, ils n'auraient qu'un impact très limité chez les malades les plus sévèrement atteints.

«D'une manière générale, la répétition des chutes affecte, vraiment, la qualité de vie des patients souffrant de cette affection», explique l'auteur. ***«Il en résulte des douleurs bien sûr; mais, aussi, des blessures susceptibles d'être sérieuses. Sans compter que la peur de la chute inhibe de nombreux patients et tend à limiter leur activité, avec un impact négatif sur leur qualité de vie».*** Donc, celle de leurs proches, également.

La mise en œuvre d'activités physiques adaptées à ce public serait, donc, globalement, une bonne initiative ■

Pourquoi notre cerveau a-t-il besoin d'oméga 3 ?

LE SAUMON, UNE DES PRINCIPALES SOURCES D'OMÉGA 3

Poissons gras, ou huiles de noix et de soja, sont les principales sources d'oméga 3. Nous avons, tous, entendu parler de ces acides gras polyinsaturés (AGPI). Mais, en quoi sont-ils bons? Comment agissent-ils sur notre cerveau ?

Sophie Layé, directrice de l'unité Nutrition et Neurobiologie Intégrée de l'INRA (Université de Bordeaux) et Richard Bazinet, professeur à l'Université de Toronto, font le point sur l'état des connaissances, tant sur le plan scientifique que médical. Que nous apprennent les deux chercheurs, dans leur article, publié dans Nature Reviews Neuroscience du 12 novembre 2014 ? Ils se font, avant tout, l'écho d'un travail réalisé au sein même de l'équipe de Sophie Layé. Pour la première fois, ils ont montré (chez l'animal certes) qu'une carence en oméga 3, pendant le développement embryonnaire et la période de lactation, altère le système immunitaire cérébral et la plasticité du cerveau.

DES OMÉGAS 3, POUR BOOSTER NOTRE MÉMOIRE

En 2012, ces mêmes chercheurs de l'INRA ont montré, chez des souris âgées, qu'un régime enrichi en acide docosahéxaénoïque (un acide gras oméga 3, qui nous vient du monde animal) réduit la neuro-inflammation et la survenue de troubles cognitifs (comme la perte de mémoire). Selon les scientifiques de Bordeaux, toujours eux, de nombreuses données, chez l'homme, associent une diminution des taux sanguins et cérébraux des AGPI oméga 3, à la dépression, la schizophrénie, ou la maladie d'Alzheimer.

Enfin, la restriction alimentaire en oméga 3 perturbe finement; mais, définitivement, la composition et la structure des membranes biologiques, des neurones et des autres cellules cérébrales. Elle altère leur fluidité et les activités enzymatiques (de reconnaissances, de transport, etc...). Elle rend le cerveau plus sensible aux neurotoxiques. Elle altère le fonctionnement de la rétine, de l'oreille interne...

Rappelons que, dans l'idéal, nous devrions absorber au minimum 2 g d'oméga 3 par jour.

Les stars, en la matière, se trouvent au rayon ***"poissons".*** Mention spéciale pour le maquereau (4,9 g pour 100g), le hareng (4,17 g pour 100g), la sardine fraîche (3,9 g pour 100g), le saumon d'Atlantique (2,7 g pour 100g), la truite fumée (2,5 g pour 100g) ou encore, le saumon fumé (2,3 g pour 100g)...

Par ailleurs, vous trouverez 50% des apports nutritionnels recommandés dans une cuillère (15 ml) d'huile de colza, dans 5 à 10 noix ou encore, dans trois œufs ■

Violences sexuelles

93% des agressions sont conjugales

Les professionnels de santé sont les acteurs, de 1ère ligne, dans la prise en charge des femmes victimes d'agression physique, ou sexuelle.

Dans le monde, 1 femme, sur 3, a été victime de violences conjugales, au moins, une fois dans sa vie. Dévoilé, le jeudi 20 novembre, dans la revue américaine The Lancet, ce chiffre édifiant rappelle trois urgences: mieux détecter les situations à risque, renforcer la prise en charge des femmes et jeunes filles vulnérables et inciter les autorités à renforcer leurs interventions, sur le terrain.

Cette dernière décennie, les autorités sociales et sanitaires ont, certes, pris conscience de l'urgence à aider les femmes victimes de violences. De plus en plus, des textes de loi s'emparent de cette problématique. Le tissu associatif, intervenant auprès des victimes, ne fait que s'étendre. Mais, ces progrès ne permettent pas d'enrayer ce fléau. ***«Malgré l'intention générale, portée par la société, sur cette question, le taux de femmes, confrontées à ces agressions, ne cesse de prendre de l'ampleur»,*** décrivent, par ailleurs, les auteurs de la synthèse d'études, publiée dans The Lancet. Ainsi, à travers le monde, un tiers des femmes a déjà été victime de sévices, perpétrés par leur partenaire. «Dans 7% des cas répertoriés, l'agression physique et/ou sexuelle provenait d'un parfait étranger».

Trois millions d'Africaines mutilées

Entre 100 et 140 millions de femmes auraient subi une mutilation génitale. ***«Parmi ces victimes, 3 millions vivent en Afrique».*** Par ailleurs, pas moins de 70 millions de mineures – victimes de manipulation morale – ont été mariées précocement et de force. Un bilan des plus rudes et pourtant ces chiffres seraient bien en deçà de la réalité. Dans les pays développés, notamment, beaucoup d'agressions passent inaperçues. Victimes souvent envahies par la peur, nombreuses sont les femmes qui n'osent pas dénoncer leur agresseur et restent dans le silence. Raison pour laquelle il est urgent de ***«lutter, pour l'égalité des genres, afin d'aider les femmes exposées à cette discrimination, trop souvent invisible».***

Mais, certains obstacles perdurent. Les ressources financières manquent, pour que les médecins et les acteurs sociaux (assistants sociaux, psychologues...) viennent, effectivement, en aide à toutes les femmes. Enfin, ***«la plupart des gouvernements ne se donnent pas, suffisamment, les moyens d'intervenir»,*** expliquent les experts de l'OMS. ***«Des textes sont écrits; mais, il faut, maintenant, investir sur le long terme: consacrer un budget suffisant, afin de prévenir le risque de violences et mieux accompagner les victimes»*** ■

Hormone de croissance

Vers un suivi personnalisé

Pas facile, quand on est enfant, de s'astreindre, tous les jours, à prendre un traitement. Encore moins quand il s'agit d'injections, pour corriger un retard de croissance.

Aujourd'hui, professionnels de santé et patients disposent d'outils connectés, pour faciliter le respect du traitement et bien préparer les consultations médicales. Les explications du Dr Isabelle Oliver-Petit, pédiatre endocrinologue, au CHU de Toulouse. ***«Les hormones de croissance, que nous utilisons, sont synthétiques. Elles sont prescrites en pédiatrie, dans des indications bien précises, qui sont, principalement, des retards de croissance sévères, chez les enfants; ou, chez ceux qui souffrent de certaines maladies génétiques»,*** explique le Dr Oliver-Petit.

Dès lors qu'un retard de croissance est diagnostiqué, l'initiation au traitement peut débuter.

«L'hormone de croissance, de la même famille que l'insuline, doit être injectée, en sous-cutanée, une fois par jour. Ce qu'il est important de comprendre, c'est que la régularité du traitement est un critère, majeur, de réussite». Il est, donc, essentiel que les patients, tout comme les parents, comprennent et acceptent le traitement. ***«Nous avons, à notre disposition, du matériel parfaitement adapté aux enfants»,*** précise le Dr Oliver-Petit. ***«Il existe, par exemple, des injecteurs dont la taille et le poids respectent leur morphologie. Ils sont très simples à utiliser, avec peu de manipulations; ce qui facilite l'observance».***

Par ailleurs, en concertation avec le médecin, les patients et leurs familles ont la possibilité de recourir à un programme d'apprentissage à domicile. Des infirmières, dédiées à l'enseignement aux patients traités par hormone de croissance, interviennent et donnent des conseils pratiques, pour les premières injections.

Dr Isabelle Oliver-Petit

«***C'est un service très important, car cela nous permet de dégager plus de temps, au moment de la consultation».*** L'infirmière pourra, par exemple, régler les paramètres de confort de l'auto-injecteur, comme la profondeur, la durée et la vitesse de l'injection.

DIALOGUER EN PERMANENCE, GRÂCE AUX OUTILS CONNECTÉS

En lien avec cet apprentissage et pour favoriser une meilleure prise en charge des enfants traités par hormone de croissance, il existe EasypodTM Connect. ***«C'est une plateforme internet, une base de données en ligne (dispositif médical), reliée au dispositif d'injection. Elle permet d'enregistrer les données contenues dans l'auto-injecteur (doses reçues, paramètres techniques programmés des injections...) et de les corréler, ainsi, aux injections réalisées à domicile. Ceci permet de suivre l'observance et d'être alerté, assez rapidement, en cas de dysfonctionnement».*** Ceci ne relève en rien du gadget, bien au contraire. Nous recevons, ainsi, de nombreuses informations. Cela nous permet d'aborder, très rapidement, avec le patient et sa famille, l'observance ou les problèmes techniques.

Au moment de la consultation, nous sommes tout de suite dans le vif du sujet; cela libère du temps, avec le patient, sur des choses plus importantes». En effet, le médecin accède, directement, à la base de données.

Il s'assure que la dose prescrite est bien administrée et peut, rapidement, adapter la prise en charge. Il pourra, ainsi, prendre des décisions thérapeutiques, basées sur la dose réellement administrée et le niveau de compliance.

«L'enfant et les parents ont, aussi, la possibilité de suivre les injections. C'est utile, à la fois, pour la famille et pour nous» ■

Epigénétique et cancers

••• Entretien réalisé par **Guessaibia Nadia[1], Caid Nacéra[2], Sarrai Nourredine[3], Smaili Farida[4]**

RÉSUMÉ:

Les cancers sont l'une des causes principales de mortalité, dans le monde. Les modifications épigénétiques constituent un mécanisme important, dans la régulation de l'expression des gènes.
Au cours de l'évolution vers le cancer, les processus épigénétiques sont perturbés; notamment, au niveau de la méthylation de l'ADN, ou de l'acétylation des histones. Des inhibiteurs de ces mécanismes constituent une classe grandissante de composés anticancéreux.
L'importance cruciale des modifications épigénétiques, au cours du développement normal et leur implication dans de nombreuses maladies, ne font plus aucun doute.
Outre son intérêt théorique, dans le décryptage des mécanismes fondamentaux de la régulation de l'expression des gènes, l'épigénétique ouvre, également, de grandes perspectives pour l'utilisation de nouvelles approches thérapeutiques. Ainsi, ces dernières permettraient de restaurer l'expression des multiples gènes, vu que les modifications épigénétiques sont réversibles. Les récents progrès, concernant la compréhension des phénomènes épigénétiques, permettent d'envisager, dès à présent, des approches plus rationnelles; notamment, au niveau de la modélisation moléculaire d'agents, ciblant spécifiquement ces modifications épigénétiques.

INTRODUCTION

L'origine génétique des processus tumoraux a été démontrée dès les années 80, impliquant plus d'une centaine de gènes. Depuis une dizaine d'années, ce modèle a évolué: les cancers sont, aujourd'hui, des maladies autant génétiques qu'épigénétiques. Les modifications épigénétiques constituent un mécanisme important dans la régulation de l'expression des gènes. Leur altération joue un rôle, fondamental, dans l'initiation et la progression des tumeurs. Etant donné que ces modifications sont potentiellement réversibles, des inhibiteurs de ces mécanismes constituent une classe grandissante de composés anticancéreux.

DÉFINITION

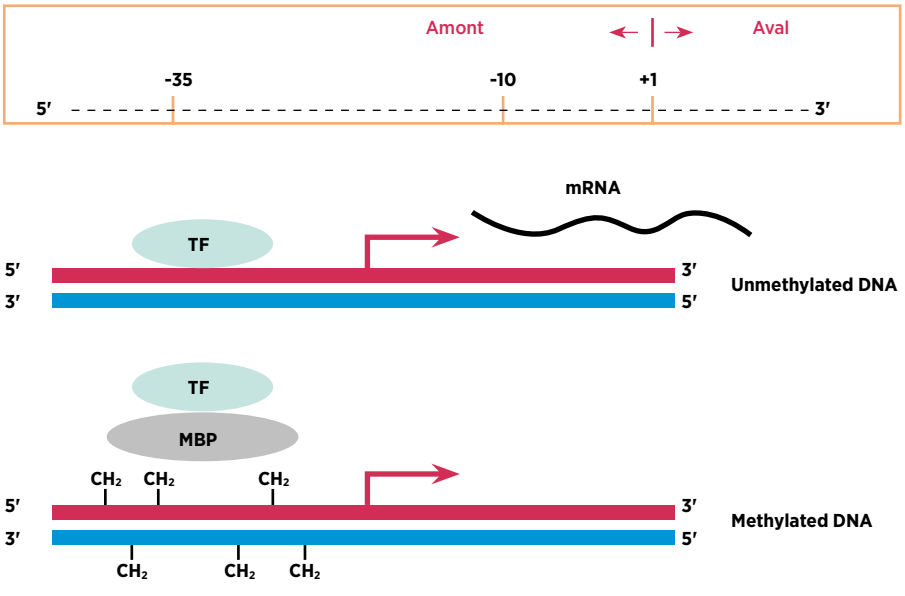
L'épigénétique est un mécanisme de modification de l'expression du génome, sans modification de la séquence ADN. Elle se base, essentiellement, sur une modification de la méthylation de l'ADN et de l'acétylation des histones de la chromatine. Ces modifications épigénétiques ont une influence majeure sur la régulation de l'expression des gènes et ont la propriété d'être potentiellement transmissibles et réversibles.

LA TRANSCRIPTION

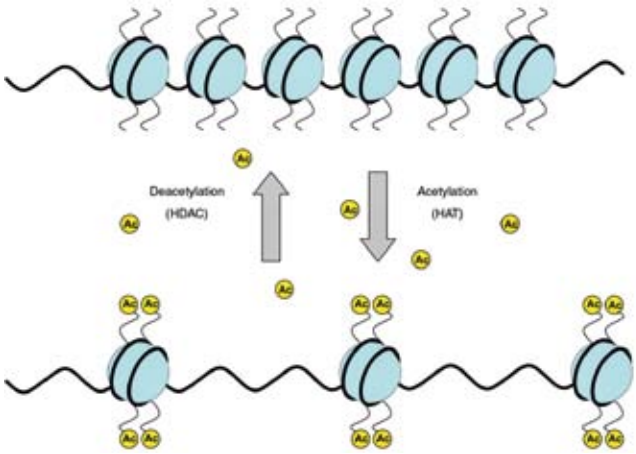
La transcription est la 1ère étape de l'expression génique. S'il y a transcription, il y a traduction et donc, le produit du gène existe ==> alors, il y a expression du gène. Par opposition, sil n'y a pas transcription, il n'y aura pas de traduction et donc, pas de production. Par conséquent, il y a répression du gène. Donc, il y a une régulation bien précise de l'expression des gènes.

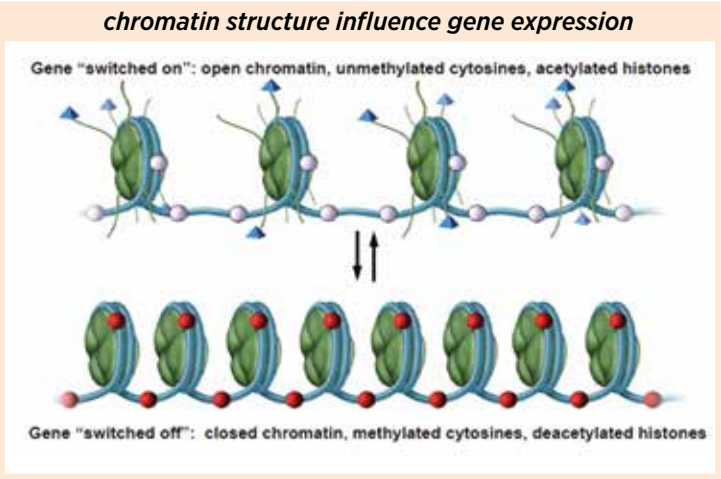
LA MÉTHYLATION DU PROMOTEUR

La transcription est initiée au niveau du promoteur du gène. C'est une séquence pour laquelle l'enzyme a le plus d'affinité.
Le promoteur est une séquence de reconnaissance située juste en avant du gène (en amont). Le promoteur contient des séquences d'ADN spécifiques, qui sont des points d'attache, pour l'ARN polymérase.



TF: *Facteur de transcription* ***MBP:*** *Methyl Binding Protein*




chromatin structure influence gene expression
Gene "switched on": open chromatin, unmethylated cytosines, acetylated histones
Gene "switched off": closed chromatin, methylated cytosines, deacetylated histones

ACÉTYLATION DES HISTONES

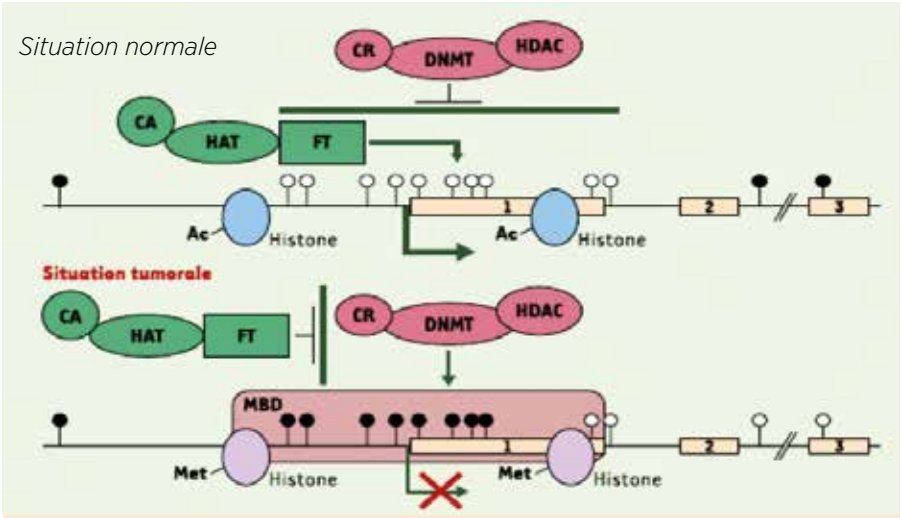
L'acétylation annule la charge positive des histones, diminuant, ainsi, les forces d'attraction avec la charge négative de l'ADN; ce qui conduit à une décondensation de la chromatine; ce qui signifie l'expression des gènes.

Les enzymes, qui entrent en jeu, dans ces mécanismes, sont:

- ***Acétylation:*** HAT Histone Acétyl Transférase
- ***Désacétylation:*** HDAC Histone Dé Acétylase
- ***Méthylation de l'ADN:*** Dnmt DNA methyl Transférase

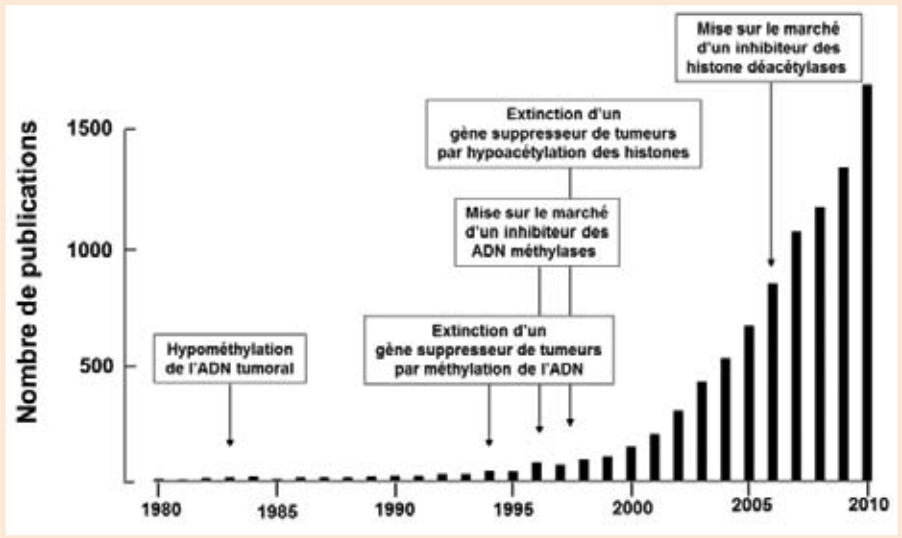
Les gènes impliqués dans les cancers:

Trois catégories de gènes sont impliquées dans le développement des cancers: les oncogènes, les gènes ***"suppresseurs de tumeurs"*** et les gènes de ***"réparation de l'ADN".*** Dans une cellule tumorale, où la prolifération cellulaire est incontrôlée, il y a, donc, activation des oncogènes, d'une part et inactivation des gènes suppresseurs de tumeurs et des gènes de réparation, d'autre part. Aspects de la chromatine au niveau de gènes suppresseurs de tumeur, dans des situations normale et tumorale:



CA: *Coactivateur;* ***CR:*** *Corépresseur*

Depuis les années 1995, le domaine de la recherche en épigénétique, en cancérologie, est en plein essor. La figure suivante représente le nombre de publications scientifiques, par an, dans ce domaine.



Évolution du nombre d'articles publiés et découvertes majeures dans le domaine ***«Épigénétique et cancer»***

Les gènes suppresseurs de tumeurs les plus souvent inactivés par des modifications épigénétiques, ainsi que les principaux types de cancers, associés à ces inactivations, sont représentés dans le ***tableau 1.***

LA THÉRAPIE ÉPIGÉNÉTIQUE

Contrairement aux causes génétiques du cancer, qui affectent la séquence ADN, les modifications épigénétiques sont réversibles; ce qui ouvre des perspectives, prometteuses, en thérapie.

Les inhibiteurs des HDAC (HDACi), ou des DNMT (DNMTi), sont capables, dans des modèles tumoraux, de ré-exprimer les gènes suppresseurs de tumeurs (p53, p21, pRB, etc...) et de diminuer l'expression, ou l'activation des oncogènes (SRC, HIF-Iα, HER2, etc...).

L'association de ces agents avec des cytotoxiques, ou d'autres thérapies moléculaires ciblées, se révèle encourageante.

Tableau 1: *Implications de mutations génétiques et/ou d'altérations épigénétiques d'une section de gènes suppresseurs de tumeur (GST) dans le développement de cancers.*

Dans ce tableau figurent une douzaine de GST parmi les mieux caractérisés sur la centaine de GST décrits, ainsi que leur mode d'inactivation génétique ou épigénétique dans divers cancers. Certains sont spécifiquement altérés dans un nombre limité de cancers, d'autres sont inactivés dans une multitude de tumeurs.

GST	Autres noms	Cancers associés	Mutations génétiques	Altérations épigénétiques	Rôles biologiques physiologiques
APC		Côlon, estomac, foie, pancréas, ...	x	x	Multiples : transduction de signaux, organisation du cytosquelette, adhésion, ...
BRCA1		Sein, ovaire	x	x	Réparation de l'ADN
CDH1	E-cadherin	Estomac, thyroïde, sein	x	x	Adhésion cellulaire
CDKN2A	p16^{INK4A}	Multiples	x	x	Cycle cellulaire
DAPK		Lymphomes, ORL	x	x	Apoptose, régulation de la mobilité cellulaire
MLH1		Côlon, estomac, endomètre	x	x	Réparation de l'ADN
MSH2		Côlon, endomètre	x	x	Réparation de l'ADN
MGMT		Multiples	Non décrit	x	Réparation de l'ADN
RARβ		Col utérus, prostate, sein, ...	x	x	Croissance + différenciation cellulaire – apoptose
RASSF1A		Multiples	Non décrit	x	Cycle cellulaire
RB1		Rétinoblastome, poumon	x	x	Cycle cellulaire – apoptose
TP53		Multiples	x	x	Cycle cellulaire – apoptose

Tableau 2: *Inhibiteurs épigénétiques: exemples choisis*

Sélection d'inhibiteurs épigénétiques qui ont reçu une autorisation de mise sur le marché en Suisse et aux Etats-Unis et/ou pour lesquels des études cliniques sont en cours, avec leur mécanisme d'action : inhibition des ADN méthyltransférases (DNMT) ou des histones déacétylases (HDAC).
Abréviations : Ca : cancer ; FDA : Food and Drug Administration ; LMA : leucémie myéloïde aiguë ; LLC : leucémie lymphoïde chronique.

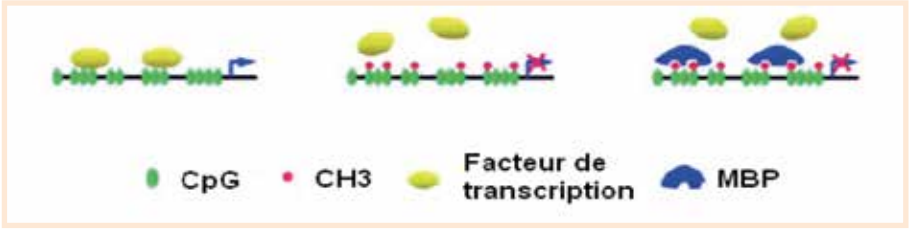
Inhibiteurs épigénétiques	Autres dénominations	Mécanismes, structures chimiques	Etat de développement
5-azacytidine	Azacitidine Vidaza	Inhibiteur DNMT, analogue nucléosidique	Approuvé par la FDA en 2004 et par Swissmedic en 2006 pour les syndromes myélodysplasiques Phase I, II, III pour d'autres hémopathies malignes
5-aza-2'-déoxycytidine	Décitabine Dacogen	Inhibiteur DNMT, analogue nucléosidique	Approuvé par la FDA en 2006 pour les syndromes myélodysplasiques Phase I, II, III pour d'autres hémopathies malignes, Ca col utérus, Ca poumon
5,6-dihydro-5-azacytidine	DHAC	Inhibiteur DNMT, analogue nucléosidique	Phase I, II pour Ca ovaire et lymphomes
Hydralazine		Inhibiteur DNMT, analogue non nucléosidique	Phase I pour Ca col utérus
MG98	DNMT1 antisense	Inhibiteur DNMT, oligonucléotide antisense	Phase I, II pour tumeurs solides avancées
Butyrate	Phénylbutyrate Buphenyl	Inhibiteur HDAC, acide gras	Phase I, II pour Ca colorectal (approuvé par la FDA pour déficits héréditaires du cycle de l'urée)
Valproate	Dépakine	Inhibiteur HDAC, acide gras	Phase I pour LMA, leucémies (approuvé par la FDA comme antiépileptique)
Suberoylanilide acide hydroxamique	SAHA, vorinostat, Zolinza	Inhibiteur HDAC, acide hydroxamique	Phase I, II pour hémopathies malignes et tumeurs solides (évaluation FDA en cours pour lymphome T cutané)
FK228	Depsipeptide, FR901228	Inhibiteur HDAC, térapeptide cyclique	Phase I, II pour LLC, LMA, lymphome T
MS-275	Benzamidine	Inhibiteur HDAC, benzamide	Phase I, II pour tumeurs solides, lymphomes

MÉCANISMES ÉPIGÉNÉTIQUES ET CANCER DU SEIN

Nous prenons comme exemple le cancer du sein, afin d'illustrer ces mécanismes épigénétiques.

Parmi les risques de développer un cancer du sein, la mutation BRCA1, héritée d'un parent, est à l'origine d'au moins 10% des cas; la cause des 90% restants reste à élucider. En ce qui concerne certains cancers du sein sporadiques, les chercheurs ont montré une régulation négative de BRCA1, en identifiant une zone fortement méthylée au niveau du promoteur de ce gène et que cette méthylation réprimait, constitutivement, l'expression de ce gène.

Cette inhibition implique les protéines de liaison à l'ADN méthylé, ou ***"Methyl Binding Protein, MBP".***



CANCER DU SEIN: UN TEST SANGUIN?

Une étude récente (Widschwendter, 2014) a démontré que des femmes, qui ont développé des cancers du sein non héréditaires, se sont révélées avoir la même signature de méthylation d'ADN que les femmes porteuses de la mutation BRCA1; et ce, des années à l'avance. Ces données montrent le potentiel d'un test épigénétique sanguin, capable d'identifier le risque de cancer du sein, chez les femmes sans prédisposition génétique connue!

CONCLUSION

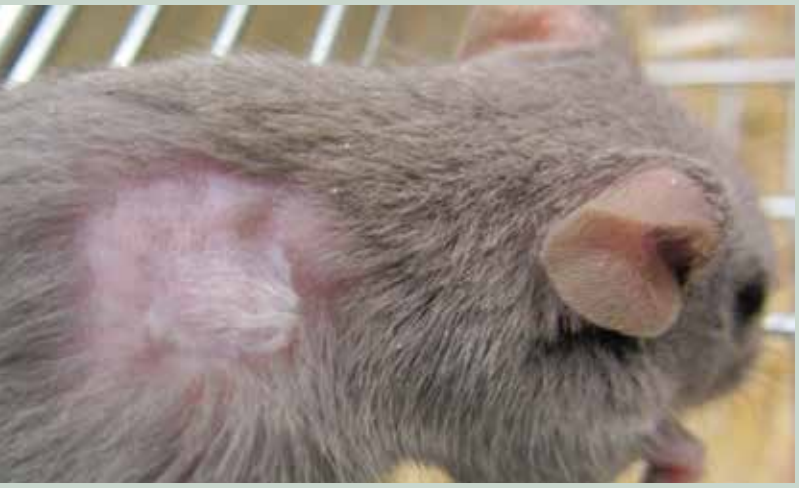
Les modifications épigénétiques constituent un mécanisme, important, dans la régulation de l'expression des gènes. Au cours de l'évolution vers le cancer, les processus épigénétiques sont perturbés; notamment, au niveau de la méthylation de l'ADN, ou de l'acétylation des histones. Des inhibiteurs de ces mécanismes constituent une classe grandissante de composés anticancéreux. L'épigénétique ouvre, donc, des perspectives fascinantes, pour l'utilisation de nouvelles approches thérapeutiques avec, en perspective, un nouveau test de dépistage du cancer du sein, au moins dix ans à l'avance, par un simple prélèvement sanguin ■

Références bibliographiques

1. Anjum S, Fourkala E.O, Zikan M, Wong A, Gentry-Maharaj A, Jones A, Hardy R, Cibula D, Kuh D, Jacobs I.J, Teschendorff A.E, Menon U, and Widschwendter M. (2014) A BRCA1-mutation associated DNA méthylation signature in blood cells predicts sporadic breast cancer incidence and survival. Genome Medicine; 6: 47.
2. Biauchini L (2012). Epigénétique et Cancer. MyScienceWork.
3. Conley BA, Wright JJ, Kummar S (2006). Targetting epigenetic abnormalities with histone déacétylases inhibitors. Cancer; 107: 832-40.
4. Deltour S, Chopin V, Leprince D (2005) Modifications Epigénétique et Cancer. Med Sci; 21: 405-11
5. Esteller M, Com PG, Baylin SB, Herman JG (2001). Agene hyperméthylation profile of human cancer. Cancer Res; 61: 3225-9.
6. Kern I, Rossier M.F, Chappuis P.O (2007) Epigénétique et cancer. Revue médicale Suisse n°100.
7. Mack GS (2006) Epigenetic cancer therapy makes headway. J Natl Cancer Inst; 98: 1443-4.
8. Magdinier F, Billiard L.M, Wittman G, Frapport L, Benchaib M, Lenoir GM, Guerin JF and Dante R (2000). Regional méthylation of the 5'end of CpG island of BRCA1 is associated with reduced gene expression in human somatic cells. The FASEB Journal. vol.14: 1585-1594.
9. Pécuchet N, Cluzeau T, Thibault C, Mounier N et Vignot S (2010). Inhibiteurs des histones-désacétylases: la régulation épigénétique sort de l'ombre. Bulletin du Cancer, vol 97, n°8: 917-35.
10. Yoo CB, Jones PA (2006). Epigenetic therapy of cancer: Past, present and future. Nat Rev Drug Discov; 5: 37-50.

1 *Maître de conférences B en génétique. Université Saâd Dahleb, Blida.*
2 *Maître-assistante en Oncologie. EHS LCC Blida.*
3 *Médecin généraliste. EPSP El Affroun.*
4 *Professeur, service Oncologie. EHSLCC Blida.*

Rejet de greffe cutanée
un nouveau traitement en vue



PAS DE REJET, 44 JOURS APRÈS LA GREFFE CUTANÉE

Une équipe INSERM a réussi à mettre au point une combinaison de molécules, qui diminue, chez la souris, le risque de rejet, après une greffe cutanée. Son utilisation, chez l'homme, pourrait intervenir très rapidement, les deux molécules bénéficiant, déjà, d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

L'une des problématiques, majeures, de la transplantation est d'éviter le rejet de l'organe, ou du tissu greffé, par l'organisme du receveur. Lors d'une greffe, dite allogénique (provenant d'un donneur A, différent du receveur B), le système immunitaire reconnaît le greffon comme un élément étranger. Il met, alors, tout en œuvre pour le détruire, au même titre qu'un virus lors d'une infection, par exemple.

Pour contrarier ce phénomène, les médecins administrent, au patient greffé, des médicaments immunosuppresseurs. Ces traitements, si bénéfiques soient-ils, exposent à des effets toxiques. C'est pourquoi la communauté scientifique cherche, depuis plusieurs années, à optimiser cette stratégie thérapeutique. Des équipes INSERM de José Cohen et Philippe Grimbert (Unité 955/ Université de Paris Est Créteil – Institut Curie et hôpital européen Georges Pompidou) se sont intéressées à une molécule aux propriétés particulières: la cytokine interleukine 2 (IL-2). Cette dernière est utilisée dans le traitement de certains cancers et du diabète de type 1. Et à faibles doses, elle freine l'action du système immunitaire; ce qui pourrait, donc, diminuer le risque de rejet de greffe.

UNE ASSOCIATION PROMETTEUSE

«Nos expériences – avec cette molécule – ont été négatives», explique José Cohen. Sur des souris, qui ont subi une greffe de peau, de nombreux cas de rejet ont été observés. Les chercheurs ont, alors, mis au point une combinaison associant l'IL-2 et la rapamycine (un immunosuppresseur). Dans ce cas, le rejet de greffe a, ainsi, été évité. ***«Les souris ne montrent aucun signe de rejet, 30 jours après la greffe cutanée. C'est très encourageant, quand on sait qu'habituellement ce rejet intervient dans les 10 jours».***

Ces résultats sont une première étape, avant l'évaluation clinique. Ces deux molécules présentent l'avantage de posséder une autorisation de mise sur le marché, chez l'homme. Si les prochaines étapes sont franchies avec succès; notamment, dans un modèle de greffe hépatique, leur utilisation pourrait aller vite ■

Cancer de la prostate
le poids de l'obésité

Une alimentation, déséquilibrée et trop grasse, augmente le risque d'obésité.

Le surpoids et l'obésité constituent bien un facteur de risque, au développement d'un cancer de la prostate. C'est un rapport, du World Cancer Research Fund international, qui l'indique. Voilà pourquoi ses auteurs insistent sur l'importance de maintenir un poids de forme, grâce à un mode de vie sain. ***«Il existe des éléments de preuve, solides, montrant que le surpoids et l'obésité augmentent le risque de cancer de la prostate»,*** soulignent les auteurs du rapport.

Ces observations ont été réalisées en se basant sur une méta-analyse de 104 études, menées sur un total de plus de 9 millions d'hommes. Globalement, 191 000 cas de cancers de la prostate ont été observés, dans l'ensemble de ces travaux.

Ce cancer est, en effet, le second plus courant, parmi les hommes, dans le monde. Ce facteur de risque, lié au surpoids, est, le seul, clairement établi. A l'inverse, ***«la consommation de produits alimentaires, ainsi qu'un régime riche en calcium ne se sont pas révélés liés à une augmentation de ce risque»,*** précise le rapport.

Ainsi, les experts recommandent le maintien d'un poids de forme, dans le but de prévenir la survenue d'un cancer de la prostate, comme d'autres types de tumeurs. Pour y parvenir, les auteurs rappellent l'importance de suivre une alimentation équilibrée et de pratiquer une activité physique régulière ■

Le diabète, maladie de l'inégalité ?

Depuis 2000, le taux de prévalence du diabète en France n'a cessé d'augmenter. Annoncé comme l'épidémie silencieuse du XXIe siècle, le diabète continue, inlassablement, sa progression. Le cap des 3 millions de patients, traités par médicament est, désormais, franchi, en France.

Dans le cadre de la Journée mondiale du diabète, ce 14 novembre, l'Institut de Veille sanitaire (InVS) consacre un numéro spécial de son Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) à cette pathologie. Dans cette édition sont compilées différentes études, qui ne manquent pas d'interpeller. Ainsi, rappelle-t-on que la maladie se répand; particulièrement, au sein des populations socialement et économiquement défavorisées. En 2012, des prévalences particulièrement élevées étaient confirmées dans les départements d'Outremer, dans les régions Nord et du Nord-Est de la métropole, ainsi qu'en Seine-Saint-Denis. Mais, au sein même de la population diabétique, des inégalités se font ressentir; notamment, sur certains recours aux soins (ophtalmologique, ou encore, bucco-dentaire). ***«Il est probable que cette situation se soit aggravée depuis, alors que la France traverse une période de crise économique»,*** analysent les auteurs du BEH.

SE BROSSER LES DENTS POUR... PRÉVENIR LES COMPLICATIONS

Dans son éditorial, Gérard Raymond, Secrétaire général de la Fédération française des diabétiques explique que des gestes simples peuvent améliorer la qualité de vie des patients. Beaucoup l'ignorent, mais, ***«un brossage régulier des dents et une consultation dentaire annuelle peuvent éviter, ou retarder la perte de dents (...), susceptible d'aboutir à une aggravation de l'état nutritionnel de ces personnes et donc, de leur diabète».*** Et de continuer, ***«suivre les recommandations du PNNS ne nécessite pas le recrutement de professionnels de santé et permet de réduire les facteurs de risque de diabète de type 2».*** Encore faut-il en prendre conscience...

DES PRISES EN CHARGE DE PLUS EN PLUS COMPLEXES

Pour Gérard Raymond, ***«la prise en charge des patients, atteints de diabète, exige une modification radicale des pratiques médicales. Ces dernières sont rendues particulièrement complexes, par l'existence fréquente de multiples pathologies associées*** *(maladies respiratoires chroniques, du foie, du pancréas...)»*. Ainsi, est-il primordial ***«d'impliquer davantage, dans le parcours de soins, l'ensemble des acteurs médicaux, sociaux et associatifs; et bien sûr, le patient lui-même. L'amélioration de sa qualité de vie ne dépend pas, seulement, de la stratégie médicamenteuse; mais aussi, de son projet de vie et de son environnement social, économique et culturel»*** ■

INFO

L'allergie à la pénicilline aurait une origine génétique

C'est, en effet, ce que montrent des chercheurs français de l'INSERM.

Une découverte d'importance, puisqu'à terme, elle pourrait aboutir à la mise au point d'antibiotiques, qui faciliteraient la prise en charge des patients concernés. Jean-Louis Guéant et son équipe INSERM (unité 954), de l'université de Lorraine, ont travaillé à partir de deux cohortes de patients allergiques. Dans un premier temps, ils ont étudié le génome d'environ 380 allergiques aux bêta-lactamines, une famille d'antibiotiques, comprenant la pénicilline et ses dérivés, les céphalosporines, notamment. Après avoir comparé leurs résultats avec ceux de personnes non-allergiques, ils sont parvenus à isoler plusieurs gènes, susceptibles d'être impliqués dans la réponse immunitaire. Ils ont, ensuite, vérifié s'ils retrouvaient ces gènes, dans un groupe de 300 patients italiens, allergiques. Les chercheurs ont conclu à l'existence de cinq variants génétiques ***«significativement associés au risque d'allergie aux bêta-lactamines».*** Trois d'entre eux trois concernent le gène codant pour la protéine HLA-DRA, protéine de surface des cellules immunitaires. Comme l'explique Jean-Louis Guéant, ***«les variations génétiques identifiées entraînent une modification de la structure de HLA-DRA: modifiant, apparemment, son affinité avec certaines molécules allergènes chimiques, dont la pénicilline. En cas de forte affinité, il en résulte une production d'immunoglobulines E (IgE), qui reconnaissent la molécule et qui sont à l'origine de la réaction allergique.***

Cette découverte suggère la possibilité d'utiliser des antibiotiques non reconnus par le site de liaison de HLA-DRA, chez les personnes allergiques». A condition de trouver un industriel, qui accepterait de se lancer dans l'aventure...

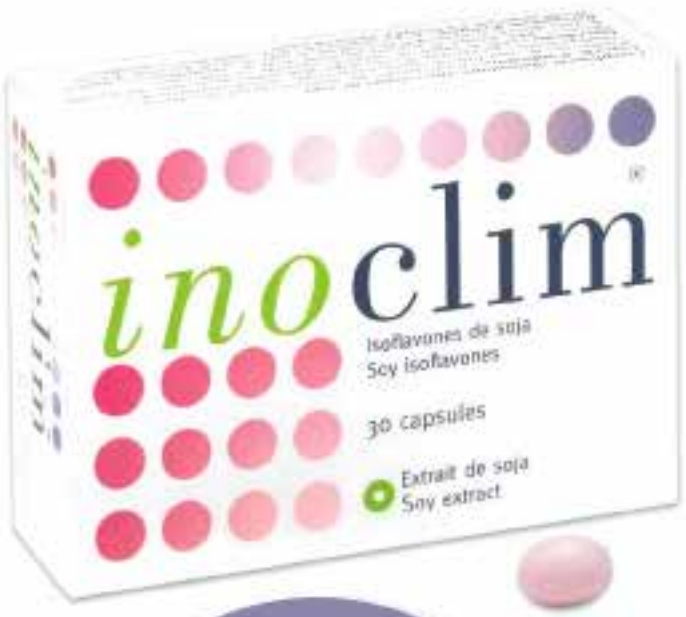
De nouveau dans les pharmacies :

inoclim®

complément alimentaire riche en isoflavones de soja

Soulagez vos patientes

des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes



Réduction
des bouffées de chaleur
cliniquement démontrée
sur 980 patientes[1]

Méta-analyse internationale
de 12 études randomisées, contrôlées,
isoflavones de soja *versus* placebo

1 capsule par jour

1 boite = 1 mois de cure
Cure de 3 mois renouvelable

Aucune modification de la densité mammaire[2]

Aucune modification de l'épaisseur endométriale[3]

Aucune modification du pH vaginal
ni de l'index de maturation[3]

1. Howes LG, Howes JB, Knight DC. Isoflavone therapy for menopausal flushes: A systematic review and meta-analysis. Maturitas. 2006;55:203-11.
2. Maskarinec G, Williams AE, Carlin L. Mammographic densities in a one-year isoflavone intervention. Eur J Cancer Prev. 2003;12:165-9.
3. Upmalis DH, Lobo R, Bradley L, Warren M, Cone FL, Lamia CA. Vasomotor Symptom Relief by Soy Isoflavone Extract Tablets in Postmenopausal Women: A Multicenter, Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. Menopause. 2000;7(4):236-42.

AP INOCLIM ALGERIE 10/2014-167

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
22, avenue Aristide Briand – 94110 Arcueil (FRANCE)
Bureau de Liaison en Algérie,
68, Cité Benhaddadi Said, Cheraga, (ALGÉRIE)

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL

CONDITIONNÉ PAR : UPC
UNION PHARMACEUTIQUE CONSTANTINOISE
Zone Industrielle Palma
lot N°7 A 25000, Constantine, (ALGÉRIE)

10 ans

SERETIDE®

propionate de fluticasone/salmétérol

Leader en Algérie[1]

DZ/FSC/0024/NOV14

gsk

Pharmacovigilance

En cas d'événements indésirables veuillez contacter :

Tél. : 024 84 32 20 / 84 31 51 - **Fax** : 024 84 44 72

E-mail : pharmacovigilance.dz@gsk.com

1. IMS DATA MAT/YTD-08-14